

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Fernanda Calderaro

**Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as
possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade**

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

São Paulo

2011



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM
PSICOLOGIA SOCIAL

Fernanda Calderaro

**Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as
possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mary Jane Paris Spink

São Paulo

2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Fernanda Calderaro

**Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as
possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora
como exigência parcial para obtenção do título
de MESTRE em Psicologia Social pela
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
sob orientação da Prof^a. Dr^a. Mary Jane Paris
Spink.

São Paulo
2011

Banca Examinadora

A Terezinha (em memória), essa grande mulher, que muito me ensinou sobre a vida e as possibilidades de romper com aquilo que chamam de destino.

Agradecimentos

A minha orientadora, prof^a Dr^a Mary Jane Spink, pela dedicação, conselhos e reflexões sem os quais esta dissertação não se concluiria.

A Lenise, pela atenção, carinho, dedicação, reflexões e indicações em todo processo que antecedeu minha entrada no mestrado e, posteriormente, na banca de qualificação e defesa.

Às/aos colegas do Núcleo de Práticas Discursivas e Produção do Sentindo, pelos bons momentos juntos, pelas contribuições e conhecimentos compartilhados nesses dois anos, em especial a Jaqueline e Vanda.

A Elcimar Dias Pereira, amiga querida, grande incentivadora do meu ingresso no mestrado, que faz de nossos encontros, cada vez mais escassos, uma grande festa com gostinho de quero mais.

As novas amigas e amigos, Milena, Lucia, Fabricio, Camila Avarca, Thiago, Camila Aquino, Jullyane, Pedro, Samanta, George e Bruna pelos cafés, sorrisos, alegrias, angústias e conhecimentos compartilhados.

À tia Neusa, ao tio Ariovaldo e aos meus primos Marcelo e Renata pelo apoio, incentivo e socorros nas horas mais difíceis.

A Eliana pelo cuidado em gotas, e a Sarita pelo fortalecimento dos músculos para aguentar a maratona do mestrado.

Às amigas da natação Adriana, Sarita e Glauca pelo carinho, preocupação e incentivo nas conquistas.

A Cecília pelos momentos sempre agradáveis, pela paciência, pelas risadas, gargalhadas, passeios, baladas, por aguentar minhas lamúrias, desabafos, angústias, dúvidas e por compreender minhas ausências.

A Juliana pela paciência, carinho, compreensão, pelas leituras atentas e comentários pertinentes aos meus trabalhos e por aguentar minhas chatices.

A Marlene pelo apoio nas burocracias internas da PUC, principalmente quando estava distante de São Paulo.

Ao Rodrigo, que fez da burocracia de carimbar a carteirinha de passes escolar um evento agradável e divertido.

Ao CNPQ pela bolsa de estudos.

A Priscila Marília Martins pela revisão e pelo prazer de mais um trabalho em conjunto.

Às meninas do Transas do Corpo: Eliane, Kemle, Joana e Lenise pela formação e pelas possibilidades. Grande gratidão, admiração e orgulho de ter feito parte deste grupo.

A todos e todas moradores e moradoras do Rechã, pela intensa experiência, em especial ao Nando, Sr. Ventura, Isac, Adalgisa, Aline, Silmara, Vânia e Bruna.

A Thaís pela paciência, carinho, compreensão, apoio, cuidado e por possibilitar todas as condições para que a escrita desta dissertação se desse da forma mais tranquila possível.

Em especial a minha mãe, Sonia, pelo incentivo, apoio, por proporcionar todas as condições para que eu pudesse concluir mais esta etapa da minha vida. Ao meu pai, José, minha irmã Gabriela e meu irmão Luís Gustavo pelas abdições e pela compreensão das ausências na convivência e nos muitos eventos familiares.

Por fim, porém, não menos importante, a Stela, por alegrar meus dias e pela companhia carinhosa.

*E era a gaiola e era a vida era a gaiola
e era o muro a cerca e o preconceito
e era o filho a família e a aliança
e era a grade a fila e era o conceito
e era o relógio o horário o apontamento
e era o estatuto a lei e o mandamento
e tabuleta dizendo é proibido.*

*E era a vida era o mundo e era a gaiola
e era a casa o nome a vestimenta
e era o imposto o aluguel a ferramenta
e era o orgulho e o coração fechado
e o sentimento trancado a cadeado.*

*E era o amor e o desamor e o medo de magoar
e eram os laços e o sinal de não passar.
E era a vida era a vida o mundo e a gaiola
e era a vida e a vida era a gaiola.*

A Gaiola - CAMPELLO, Maria do Carmo B.C. de

CALDERARO, Fernanda. **Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2011.

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo compreender como se deu a atuação do governo federal, dos movimentos sociais e da academia na construção de políticas de saúde destinadas às lésbicas e como estas aparecem nessas ações. Tais ações são produtos sociais heterogêneos que englobam elementos humanos e não-humanos em interação, formando uma rede sociotécnica. Dentre os elementos dessa rede, tivemos por foco a atuação do governo federal, dos movimentos sociais lésbicos e da academia. Nesta interação, a academia se fez presente na produção de conhecimentos que embasam as ações e demandas dos movimentos sociais lésbicos e o governo se posiciona como interlocutor e receptor de tais demandas, as transformando em políticas públicas. Os procedimentos para a realização desta pesquisa incluíram a análise de documentos de domínio público de responsabilidade do governo federal, entrevistas com algumas atrizes que fazem parte da rede formada em torno da saúde de lésbicas e anotações em diário de campo. As análises realizadas tiveram como aportes teóricos a Teoria Ator-Rede e a abordagem das práticas discursivas. Os resultados mostraram que as reivindicações por saúde fazem parte das estratégias de visibilidade e organização dos movimentos sociais lésbicos, que, por sua vez, engendram novas normatizações e formas de patologização de suas práticas sexuais. A demarcação dos limites da normalidade pelas políticas de saúde do governo federal se dão por meio das vulnerabilidades de infecção DST/HIV/Aids e hepatites virais, câncer de mama e colo de útero, pelas violências a que estão submetidas as lésbicas (doméstica, sexual, institucional), e pela vivência de situações de discriminação e preconceito.

Palavras-chave: políticas públicas, saúde, lésbicas, práticas discursivas

CALDERARO, Fernanda. **Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2011.

ABSTRACT

The aim of this research was to understand how the federal government, the social movements and the academy constructed health policies orientated to lesbians and how they appear in these actions. These actions are heterogeneous social products which include the interaction of human and non-human elements and form a socio-technical network. Among the elements of this network, we focused on the actions held by the federal government, the lesbian social movements and the academy. In this interaction, academy made itself present through the production of knowledge that lay the foundation for the lesbian social movement's actions and demands; the government positioned itself as the interlocutor and receptor of those demands and transformed them into public policies. The procedures used in this research included the analysis of public domain documents that were the federal government's responsibility, interviews with some actresses that participated on the network formed around the lesbian's health, and field notes. The analysis were based on Actor-Network Theory and the discursive practices approach. The results show us that the claims for health are part of the lesbian social movement's organization and visibility strategies, which generated new norms and forms of pathologization of their sexual practices. The demarcation of the limits of normality by the federal government's health policies occurred through the focus on vulnerabilities to infection by STD/HVI/ Aids and viral hepatitis, through breast and cervical cancer, through the (domestic, sexual and institution) violence committed against lesbians and through the experiences of prejudice and discrimination.

Keywords: public policies, health, lesbians, discursive practices

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Breve histórico sobre a saúde voltada às lésbicas no Brasil	48
Figura 2: Movimento lésbico reivindicando visibilidade e direitos	52
Figura 3: Campanha <i>Safe Sex is Hot Sex</i> , de 1992, da ONG Red Hot Organization, afirmando que as lésbicas não estão imunes à infecção do HIV	54
Figura 4: Informações sobre práticas sexuais de risco para lésbicas	59
Figura 5: Lésbica, Saúde e Direitos Humanos, da ONG feminista Curumin, de Recife (2010)	61
Figura 6: Cronologia da construção da Política Integral de Saúde LGBT	93
Figura 7: Programa Mais Saúde – Ação prevista para o público LGBT para no enfrentamento das iniquidades em saúde	100

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Total de artigos publicados no Medline utilizando o descritor “Lesb.\$Health no título – acesso 08/10/2009	35
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Comparativo de publicações no Medline com as publicações que contenham Lesb\$ Health no título, desde a criação do banco de dados, em 1966, até outubro de 2009.	36
Tabela 2: Gestão partilhada entre representantes dos movimentos LGBT no CNS.	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Documentos publicados pelo governo federal analisados nesta pesquisa, divididos pela temática abordada	27
Quadro 2: Como as lésbicas aparecem nas políticas públicas de saúde	102
Quadro 3: Comparativo de modelos de atenção à saúde da população LGBT no Brasil	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT – Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais
ABL – Associação Brasileira de Lésbicas
Antra – Articulação Nacional de Travestis
ATSM – Área Técnica da Saúde da Mulher
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNCD – Conselho Nacional de Combate à Discriminação
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DH – Direitos Humanos
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ERONG – Encontro Regional de ONG Aids
FNUAP – Fundo das Nações Unidas para as Atividades de População
Funai – Fundação Nacional do Índio
GALF – Grupo de Ação Lésbico-Feminista
GT – Grupo de Trabalho
IFCH – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
ILGA LAC – International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association – América Latina e do Caribe
IMS – Instituto de Medicina Social
LBL – Liga Brasileira de Lésbicas
LF – Lésbico-Feminista
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MHB – Movimento Homossexual Brasileiro
MJ – Ministério da Justiça
MS – Ministério da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAM – Plano de Ações e Metas
PBSH – Programa Brasil Sem Homofobia

PN DST/AIDS – Programa Nacional de DST/Aids
PNDH 3 – Plano Nacional de Direitos Humanos 3
PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PSF – Programa Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
PUC – Pontifícia Universidade Católica
SEDH – Secretaria Especial de Direitos Humanos
Senale – Seminário Nacional de Lésbicas
Sepir – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SPM – Secretaria de Políticas das Mulheres da Presidência da República
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF – Universidade Federal Fluminense
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
Unesco – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Unicamp – Universidade de Campinas
Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE GRÁFICOS	11
LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE QUADROS	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	13
INTRODUÇÃO	17
1 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	21
1.1 - Práticas discursivas	21
1.2 - Documentos de domínio público	22
2 - POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENQUADRE DA TEORIA ATOR-REDE	28
2.1 - Sobre o termo “políticas públicas”	28
2.2 - Políticas públicas como ação em rede	30
2.3 - Os discursos científicos como parte da rede heterogênea sobre a saúde voltada às lésbicas	31
2.3.1 - A construção da especificidade da saúde das lésbicas na literatura científica	34
3 - A INCLUSÃO DAS QUESTÕES DE SAÚDE NAS AGENDAS DOS MOVIMENTOS DE LÉSBICAS	41
3.1 - Situando o movimento lésbico: construções, contribuições e tensões com o movimento feminista e gay	41
3.2 - A inclusão das questões de saúde nas agendas dos movimentos de lésbicas	47
Direitos que não podem calar - Revista da Rede Feminista de Saúde	50
A saúde voltada às lésbicas pela via da epidemia da aids: a carta	52

A saúde voltada às lésbicas pela via da saúde integral: o dossiê	63
3.3 - Sobre a intersecção entre academia, movimentos sociais e esferas governamentais	67
4 - A ATENÇÃO À SAÚDE DE LÉSBICAS EM PROGRAMAS E PROPOSTAS GOVERNAMENTAIS	73
4.1 - Políticas voltadas à saúde integral de mulheres	73
4.2. - Políticas relacionadas às DST/Aids	78
4.3 - Políticas voltadas à promoção da cidadania LGBT	81
4.4 - Políticas voltadas à saúde LGBT	88
4.5 - Como a atenção à saúde voltada às lésbicas é pautada?	101
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
6 - REFERÊNCIAS	117
7 - APÊNDICE	122
Apêndice A: Quadro de fontes sobre o tema da saúde voltada às lésbicas	123
Apêndice B: Sobre a utilização do diário de campo para contar uma história sobre a saúde voltada às lésbicas	127
Apêndice C: Como as lésbicas aparecem, nos documentos de domínio público, quanto à saúde, nos movimentos feministas e lésbicos	134

INTRODUÇÃO

As mulheres começaram a aparecer como protagonistas na história a partir do feminismo. Mas onde escondem-se e esconderam-se as lésbicas¹? Em que nicho de obscuridade e silêncio se pode encontrá-las? Não se fala delas por que não existiram? Ou sua existência representa a desestabilização e o caos na ordem “natural” da heterossexualidade dominada pelo masculino? (NAVARRO-SWAIN, 2004).

Seguindo as indagações acima, encontramos, ainda timidamente, as lésbicas citadas nos conteúdos das políticas públicas de saúde que compõem nosso campo de interesse nesta pesquisa parecem reverter, em parte, a invisibilidade deste grupo na história. É esta história que pretendemos contar nesta dissertação.

As políticas públicas são produtos sociais heterogêneos de actantes em interação que trazem componentes históricos. Como produtos heterogêneos, congregam vários elementos humanos e não-humanos, dentre os quais destacaremos, neste trabalho, os movimentos sociais lésbicos, o governo federal e a academia, uma vez que a formulação de políticas de saúde voltadas às lésbicas visa dar visibilidade às demandas dessa população, com ações conjuntas para a promoção de pesquisas, divulgação e avaliação de experiências na área da saúde e nos serviços, além do fornecimento de informações às pessoas envolvidas/interessadas nesta área (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

A história que vamos contar não começou recentemente. Um longo caminho já foi percorrido e, em nossa análise, teve início com a formação dos movimentos sociais lésbicos, imbricados com o feminista e o gay. Essas relações, entretanto, foram e são permeadas por conflitos, aproximações e tensões que fizeram com que as lésbicas batalhassem para construir uma autonomia em relação aos demais movimentos sociais, encontrando respaldo junto ao Estado, mais especificamente por meio do Departamento DST/Aids e Hepatites Virais. O papel do Estado seria o de atender e possibilitar meios para que os problemas e demandas do movimento lésbico fossem atendidos. Deste modo, o

¹ Lésbica, lesbianidade e lesbianismo são termos utilizados neste trabalho para designar as relações afetivo-sexuais entre mulheres. Não pretendemos com estes termos deflagrar a possibilidade de uma essência ontológica desta experiência, que nos é percebida como produto sócio-histórico, mas apenas demarcar este sujeito político, no qual as identidades escapam a qualquer terminologia. Em nossas reflexões utilizaremos os termos lésbica e lesbianidade. Lesbianismo será trazido apenas quando utilizado nas palavras das autoras presentes na discussão, visto que compreendemos que o sufixo *-ismo* possui uma carga ideológica e semântica próxima à patologização, o que pouco contribui com o debate que pretendemos tecer.

argumento de que lésbicas são vulneráveis as DST/HIV selou a parceria com o Estado, possibilitando o desenvolvimento de ações conjuntas, ao mesmo tempo em que permitiu, aos movimentos sociais lésbicos, certa organização institucional e visibilidade.

Internacionalmente, movimentação semelhante já acontecia desde a década de 1980, nos EUA. Contudo, a entrada das lésbicas nas políticas públicas de saúde daquele país deu-se principalmente pela via das pesquisas biomédicas na área da saúde da mulher. Pesquisando o banco de artigos do *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline²), o primeiro artigo com a palavra lésbica ou lesbianidade no título foi publicado em 1966. De lá para cá, 1.321 artigos foram publicados – o que representa 0,01% dos artigos constantes nesta base de dados. Destes, apenas 201 artigos referem-se especificamente à saúde voltada às lésbicas – o primeiro foi publicado apenas em 1981. Ou seja, 15 anos passaram-se até surgirem as primeiras publicações que traziam expostos os dois temas.

Desde então, ao longo do tempo temos visto o aumento das publicações e pesquisas brasileiras sobre o assunto, de ações governamentais de saúde voltadas às lésbicas, de grupos organizados e suas respectivas ações. Acompanhamos, também, a criação de uma agenda política com outras demandas em relação à saúde, como: a lesbofobia social nos serviços de saúde e dificuldades na interação médico-ginecológica. Tais ações trazem visibilidade às lésbicas, mas, por outro lado, temos presenciado a cooptação de tais grupos pelo Estado, permitindo a administração da suas vidas (biopolítica) ao mesmo tempo em que estão criando normatizações patológicas do grupo.

Assim, o objetivo desta pesquisa é compreender como se deu a atuação do governo federal, dos movimentos sociais e da academia na construção das políticas de saúde destinadas ao grupo em questão, e como as lésbicas aparecem nessas ações. Para isso, elegemos como aportes teóricos a Teoria Ator-Rede (para entender as ações em rede) e da Psicologia Discursiva para análises dos documentos selecionados. Para a realização desta pesquisa utilizaremos prioritariamente documentos de domínio público produzidos pelo governo federal. As produções acadêmicas fazem-se presentes na produção de conhecimentos que embasam as ações e reivindicações do governo e dos movimentos sociais lésbicos e nos

² O Medline é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica que contém mais de 15 milhões de registros, cobre mais de 4.800 jornais e revistas em 70 países. Esta base de dados criada em 1966 é parte do PubMed, projeto desenvolvido pelo National Center for Biotechnology Information, situado na National Library of Medicine, que pertence ao National Institutes of Health em Washington, EUA (SPINK, M.J., 2007; UFMT, 2009; MEDLINE, s/d).

permitiram seguir algumas atrizes³ que constituem a rede forma em torno da saúde voltada às lésbicas. Usaremos também conversas com três mulheres que trabalham ou trabalhavam junto ao governo federal e que, de alguma forma, contribuíram para a construção das ações em saúde voltadas às lésbicas, além de nossos relatos em diário de campo.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro é destinado às considerações metodológicas. A ênfase dada às três áreas – governo, academia e movimentos sociais – na construção das políticas de saúde voltadas às lésbicas tem como base as reflexões de Ludwig Fleck sobre a ciência em movimento onde os conhecimentos são produzidos na interação dos círculos esotéricos e exotéricos (CAMARGO, 2007). A produção de conhecimentos em torno da saúde voltada às lésbicas foi abordada por meio de levantamento bibliográfico realizado junto às três esferas em questão (academia, movimentos sociais lésbicos, gays e feministas e governo federal). Apontamos, também, os usos que foram feitos do diário de campo.

No capítulo 2, Políticas públicas no enquadre da Teoria Ator-Rede, abordamos as contribuições desta para entendermos as complexidades que envolvem os processos de elaboração, implementação e análise das políticas públicas brasileiras, com especial atenção às que tratam da saúde voltada às lésbicas. Partimos do pressuposto de que a inclusão das lésbicas nas políticas de saúde faz parte dos desenvolvimentos históricos da ciência sexual, na acepção de Foucault, visto que nos leva das estratégias de produção de verdades por meio da confissão às verdades estabelecidas pela ciência. Para ilustrar esse movimento, abordaremos a maneira como a saúde voltada às lésbicas é tratada na literatura científica internacional (utilizaremos, para isso, levantamento bibliográfico realizado na base de dados *Medline*, que reúne principalmente publicações da biomedicina).

O capítulo 3 consiste em um apanhado histórico do movimento homossexual brasileiro e suas transformações, com aproximações e inclusões de outros grupos identitários, até chegar ao movimento LGBT. Destacamos a construção dos movimentos lésbicos, imbricados nos movimentos gays e feministas, e a aproximação com o Estado pela via da saúde, além dos caminhos utilizados para a inclusão do tema da saúde nas agendas dos movimentos sociais lésbicos. Para isso utilizaremos alguns materiais produzidos pelos

³ Em todo o texto invertemos deliberadamente a regra gramatical que define o masculino como elemento neutro e adotamos o feminino como referência constante, independentemente do sexo das pessoas referidas. A utilização de substantivos e adjetivos no masculino será feita somente quando se referirem a pessoas do sexo masculino. A feminização da escrita foi a forma encontrada para substituir o uso de caracteres como “/” e “@”, que tentam contemplar os gêneros na escrita, mas tornam a leitura cansativa.

movimentos sociais (lésbico e feminista) sobre suas necessidades em saúde. Utilizando o conceito de rede seguiremos algumas actantes na intersecção entre academia, movimentos sociais e governo.

No capítulo seguinte, analisamos 12 documentos produzidos entre 2004 e 2010 pelo governo federal. Buscamos analisar os repertórios interpretativos, o conteúdo dos documentos, mas também, quando possível, os bastidores de sua confecção, discorrendo sobre os interesses, articulações e disputas envolvidas.

No capítulo final, tecemos algumas considerações sobre a possibilidade de atuação dos movimentos sociais lésbicos, governo federal e academia no combate à heterossexualidade compulsória, visto que as ações com esse foco acarretariam na não-reafirmação de estratégias de biopolítica e patologização das práticas sexuais destas mulheres, e, ao mesmo tempo, beneficiaria toda a população, independentemente de categorias identitárias. Isso corroboraria, ainda, as principais demandas dos movimentos sociais lésbicos em relação à saúde: reduzir as dificuldades de acesso aos préstimos da área; eliminar o preconceito e discriminação nos serviços de saúde (profissionais preparadas para o atendimento adequado); reduzir os casos de violências.

1 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O objetivo desta pesquisa é compreender como se deu a atuação do governo federal, dos movimentos sociais e da academia na construção das políticas de saúde destinadas ao grupo em questão, e como as lésbicas aparecem nessas ações. Tem como objetivos verificar a atuação do governo federal, dos movimentos sociais (lésbicos, feministas e LGBT – lésbicas, gays, travestis e transexuais) e da academia na construção de ações governamentais em saúde, destinadas ao grupo em questão, verificando como as lésbicas aparecem nessas ações, por nós tomadas como produtos de redes heterogêneas de humanos e não-humanos.

1.1 - Práticas discursivas

O construcionismo social tem como um dos seus fundamentos principais a determinação cultural e a historicidade do conhecimento, tomando-os como produção social e tendo a linguagem como elemento central (IÑIGUEZ, 2000). Essa linguagem em ação, encontrada em todo lugar, o tempo todo, é denominada de prática discursiva, isto é,

[...] são as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas. As práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica, ou seja, os enunciados orientados por vozes; a forma, que são os *speech genres*; e os conteúdos, que são os repertórios interpretativos (SPINK, M.J., 1999, p. 45).

Quando um assunto é abordado, como, por exemplo, a saúde voltada às lésbicas, identificamos que ele assume diversas formas, tanto nos campos disciplinares em determinada época como nos discursos cotidianos atuais. Podemos denominar essas diversas formas de abordagem (conteúdos) de *repertórios interpretativos*, que são definidos como “conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem” (SPINK, M.J., 1999, p. 47).

Os repertórios interpretativos são utilizados para construir versões das ações, eventos e outros fenômenos que estão à nossa volta. Eles estão presentes em uma variedade de produções discursivas e atuam como substrato para qualquer argumentação. Ao trabalharmos com esse conceito não estamos apenas abordando a regularidade, a invariabilidade e o consenso, mas incluindo a dinâmica, a variabilidade e a polissemia das produções linguísticas (SPINK, M.J., 1999).

É por meio da interanimação dialógica que os repertórios interpretativos são colocados em ação. Pode ser entendida a partir dos conceitos de enunciados e vozes. De forma sucinta, vozes são conversas e negociações de interlocutores que podem estar presentes ou não naquele espaço. Os enunciados são as palavras e frases situadas e endereçadas a uma ou mais pessoas (SPINK, M.J., 2004; 1999).

Para entendermos melhor os repertórios interpretativos, a noção de tempo é um importante elemento; não o tempo cronológico linear, mas o tempo histórico em que os repertórios foram produzidos e utilizados. Para isto, M. J. Spink (2004, p. 47) adota a divisão do tempo em: tempo longo, tempo vivido e tempo curto. O *tempo longo* é do domínio das construções dos conteúdos culturais que foram parte dos discursos de uma dada época. Neste tempo, os repertórios interpretativos não desaparecem ao se desprenderem das suas condições de produção: permanecem vivos nas produções culturais da humanidade e podem ser reavivados como possibilidade de sentidos. O *tempo vivido* é produto do processo de socialização; é o tempo da vida de cada uma de nós, da memória pessoal. O *tempo curto* é o da interanimação dialógica.

É nosso interesse nesta pesquisa, por meio das práticas discursivas, apreender os repertórios interpretativos das políticas de saúde – do governo federal, voltadas às lésbicas – que vão construindo versões sobre lésbicas e lesbianidade. Versões estas perpassadas pelo tempo longo, vivido e curto.

1.2 - Documentos de domínio público

Documentos de qualquer tipo, como fotografias, recortes de jornal, cartazes, e-mails, conteúdo de páginas disponíveis na internet, cartilhas, músicas, poemas e outras tantas formas comunicacionais são produções linguísticas (escritas ou orais) – a que chamamos de documentos de domínio público.

Os documentos de domínio público são produtos sociais geralmente produzidos por coletivos e são componentes significativos do cotidiano que complementam, e competem com as narrativas e a memória, são públicos porque não privados, estão disponíveis e sua divulgação permite a responsabilização (SPINK, P., 1999, p. 126).

podem refletir as transformações lentas em posições e posturas institucionais assumidas pelos aparelhos simbólicos que permeiam o dia a dia ou no âmbito das

redes sociais pelos agrupamentos e coletivos que dão forma ao informal, refletindo o ir e o vir de versões circulantes assumidas ou advogadas. Para os grupos profissionais, situados simultaneamente no institucional e no cotidiano, o mundo das publicações é igualmente rico, permitindo acesso às coalizões de pensamento e diálogos (SPINK, P., 1999, p. 136).

Em levantamento realizado sobre documentos de domínio público que tratam do tema da saúde voltada às lésbicas encontramos uma variedade de materiais como revistas, relatórios, documentos governamentais, registros de eventos, cartazes, teses, dissertações, artigos, imagens, textos e cartilhas (Apêndice A), sendo as fontes basicamente três: governo federal, movimentos sociais organizados (feministas, lésbicos e LGBT) e academia.

A prevalência de publicações dessas três esferas nos chamou a atenção para as possíveis interações na composição das políticas públicas, o que constitui um dos objetivos desta pesquisa. Este aspecto foi por nós trabalhado a partir das ideias de Ludwig Fleck sobre coletivos de pensamento e estilo de pensamento. Coletivos de pensamento são definidos como um grupo de pessoas que mantém o intercâmbio de ideias ou a interação intelectual. Estilos de pensamento concernem à preparação ou disponibilidade intelectual para uma forma particular de ver e agir ao invés de qualquer outra (CAMARGO, 2007).

Para Fleck, no interior dos coletivos de pensamento existem duas áreas, denominadas de círculo esotérico e círculo exotérico, sendo a primeira constituída por *experts* que produzem o conhecimento, e a segunda, por *leigos educados*. (CAMARGO, 2007). A ciência feita pelos esotéricos é aquela caracterizada pelos artigos técnicos/científicos, pelo diálogo fragmentado, intenso e crítico sobre determinada área do conhecimento. Já o outro grupo, dos exotéricos, é alimentado por periódicos da ciência popular que fazem exposições de pontos de vistas, afim de levar a leitora a aceitar ou rejeitar tal ponto.

As afirmações acima nos levam a acreditar que o conhecimento é produzido nos círculos esotéricos e aceito, ou não, pelos círculos exotéricos. Porém, Fleck nos dá outra contribuição, ao mostrar que as protoideias – concepções ou ideias supostamente não-científicas – são também utilizadas pelos esotéricos na produção do conhecimento, ou seja, este círculo utiliza-se de concepções e ideias do círculo exotérico para produzir o conhecimento. Assim, Fleck traz uma concepção de ciência em movimento. (CAMARGO, 2007).

É nesse movimento da ciência, proposto por Fleck, que identificamos as três esferas, já mencionadas, como parte dos círculos exotéricos e esotéricos, sendo a ciência a produtora de evidências e os movimentos sociais e governo produtores de protoideias para a

ciência, ao mesmo tempo em que consomem ou rejeitam as produções acadêmicas. Assim, nesse movimento de retroalimentação, o tema da saúde voltada às lésbicas vem se constituindo. Os movimentos sociais de lésbicas produzem demandas e o governo se posiciona como interlocutor e receptor de tais demandas, transformando-as em políticas públicas que, por sua vez, são respaldadas pelas ciências, que embasam as ações governamentais e também dos movimentos sociais com os conhecimentos produzidos por meio da academia. Reconhecemos, todavia, que nem sempre esse movimento dá-se de forma tão linear e simples e que a história mostra-se mais complexa no entrecruzamento das três esferas.

Para contar a história de como foi possível a criação de políticas públicas de saúde voltada às lésbicas e como elas aparecem em tais ações, analisaremos documentos de domínio público, tendo como aportes teóricos as práticas discursivas e a Teoria Ator-Rede (abordada no próximo capítulo), além de utilizarmos o conteúdo do diário de campo e três entrevistas semiestruturadas com representantes do governo federal, ou que fizeram parte dele no momento histórico que nos convém.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, estando em conformidade com a Resolução nº196 de 10/10/1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde. As entrevistas foram realizadas de acordo com os princípios éticos de condução de pesquisa com seres humanos, tendo as participantes assinado um termo de consentimento informado contendo os objetivos da pesquisa e as formas de utilização das informações ali geradas.

Nas negociações que antecederam as entrevistas, ficou acordado que as falas das entrevistadas não seriam analisadas, apenas comporiam/complementariam a história que estamos contando. Como parte das negociações, as pessoas entrevistadas solicitaram a identificação de seus nomes e cargos ocupados, ou que ocupam, para que suas falas pudessem ser situadas institucionalmente pelas leitoras. Já nas informações utilizadas a partir do diário de campo, mantivemos o sigilo/anonimato, utilizando nomes fictícios para que as participantes não sejam identificadas.

A realização de entrevistas somente com pessoas ligadas ao governo federal deu-se pela dificuldade em contatar e/ou agendar as entrevistas com algumas representantes dos movimentos sociais, conforme relatado no diário de campo e transcrito no Apêndice B. Nossas entrevistadas foram: Lidiane Gonçalves, formada em Ciências Sociais e Direito, com especialização em políticas públicas. Atuou no movimento social organizado feminista em

Goiânia-GO. Atuou na Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde de julho de 2005 a março de 2010 e atualmente é técnica da Secretaria de Direitos Humanos, coordenação LGBT; Tatiana Lionço, psicóloga e professora de Psicologia da Faculdade de Ciências de Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília (Uniceub), coordenou o Comitê Técnico de Saúde da população LGBT de agosto de 2005 a dezembro de 2007; e Simone Silva, enfermeira e gestora da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

As análises dos documentos publicados pelo governo federal permitiram apreender como as lésbicas aparecem nas propostas de ações governamentais. A escolha dos documentos deu-se primeiramente pela temática geral do material, reunido em quatro temas: saúde da população LGBT, saúde integral da mulher, DST/Aids, promoção da cidadania LGBT e, posteriormente, pelas diferentes áreas ministeriais que trabalham com tais temáticas, como: Secretaria de Direitos Humanos (SDH), Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e Ministério da Saúde (MS), por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM), do Departamento de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Os documentos analisados encontram-se no Quadro 1.

Verificamos a atuação dos movimentos sociais lésbicos na construção de políticas de saúde por meio de suas histórias em busca da criação de um movimento social autônomo em relação aos movimentos feministas e LGBT, construindo, concomitantemente, uma agenda política de ações na qual o tema da saúde foi/é o mote principal das reivindicações. Para nos auxiliar utilizamos dois documentos publicados pelos movimentos feministas e um pelo movimento lésbico, a saber: matéria intitulada *Direitos que não podem calar*, publicada no Jornal da Rede Feminista de Saúde⁴ de 2001; o Dossiê: *Saúde das Mulheres Lésbicas – promoção da equidade e da integralidade*, também publicado pela Rede Feminista de Saúde em 2006, e o mais recente, publicado em 2010, a *Carta das lésbicas e mulheres bissexuais presentes no VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids e no I Congresso Brasileiro de Hepatites Virais*. A escolha dos documentos se dá pela possibilidade de acompanharmos, no tempo, a regularidade, a invariabilidade, consensos, dinâmica e a variabilidade dos repertórios interpretativos produzidos por estes materiais, que por sua vez embasam as reivindicações dos movimentos lésbicos.

⁴ Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, mais conhecida como Rede Feminista de Saúde, é uma articulação política nacional dos movimentos de mulheres, feminista e antirracismo, fundada em 1991.

Diante do movimento em torno da construção das políticas públicas, a atuação da academia foi pensada em termos dos efeitos das publicações, nas ações e atividades nas outras duas esferas. As análises iniciais não nos possibilitavam acompanhar a atuação da academia, o que nos levou a outra estratégia, que foi a de seguir algumas pesquisadoras verificando suas inserções nas outras esferas (governo federal e movimentos sociais feministas, lésbicos e LGBT), gerando efeitos na rede constituída em torno do tema da saúde voltada às lésbicas. Tal procedimento seguiu a movimentação da ciência proposta por Fleck, de que há trocas de conhecimento realizadas entre os círculos esotéricos e exotéricos, porém estas não se dão exclusivamente por meio dos produtos gerados pelos círculos esotéricos (artigos, teses e dissertações), mas também pela presença e circulação de pesquisadoras nas demais esferas.

Para acompanharmos a circulação das pesquisadoras na rede constituída em torno da saúde voltada às lésbicas utilizamos os materiais e procedimentos já citados, como a análise de documentos, entrevistas e diário de campo. Vale ressaltar que, devido a nossa atuação junto ao movimento feminista, seguimos o trabalho de algumas das pesquisadoras há anos, o que permitiu traçar as suas várias inserções com mais facilidade.

Os diversos recursos utilizados (documentos de domínio público, entrevistas e diário de campo) nos permitiram que alguns documentos de domínio público derivados das esferas governamentais fossem analisados tanto em relação ao seu conteúdo como quanto aos bastidores de sua elaboração, explicitando os interesses envolvidos e seguindo as pessoas que participam/participaram dos processos de criação e implementação das ações governamentais e que estão em interação com as demais áreas (movimentos sociais feministas, lésbicos e LGBT e academia).

Quadro 1: documentos publicados pelo governo federal analisados nesta pesquisa, divididos pela temática abordada

TEMA	ANO PUBLICAÇÃO	DOCUMENTO	ÁREA
DST/Aids	2006	Cartilha Chegou a hora de cuidar da saúde	Ministério da Saúde. Departamento DST/Aids e Hepatites Virais.
	2007	Plano Integrado de Enfrentamento e Feminização da Epidemia da Aids e outras DST	Ministério da Saúde. Departamento DST/Aids e Hepatites Virais.
	2009	Plano Integrado de Enfrentamento e Feminização da Epidemia da Aids e outras DST - revisão / agendas afirmativas	Ministério da Saúde. Departamento DST/Aids e Hepatites Virais.
Saúde da população LGBT	2008	Política Nacional de Saúde Integral LGBT - versão para pactuação tripartite	Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.
	2010	Política Nacional de Saúde Integral LGBT - versão para o Conselho Nacional de Saúde	Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.
Saúde integral das mulheres	2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Plano de Ação 2004-2007	Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher.
	2004	I Plano Nacional de Políticas para Mulheres	Secretaria de Políticas para as Mulheres
	2007	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes	Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher.
	2007	II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	Secretaria de Políticas para as Mulheres
Cidadania da população LGBT	2004	Programa Brasil Sem Homofobia	Secretaria de Direitos Humanos.
	2009	Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT	Secretaria de Direitos Humanos.
	2009	Programa Nacional de Direitos Humanos 3	Secretaria de Direitos Humanos.

2 - POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENQUADRE DA TEORIA ATOR-REDE

O objetivo deste capítulo é trazer algumas contribuições da Teoria Ator-Rede para entender as complexidades envolvidas nos processos de elaboração, implementação e análise das “políticas públicas” brasileiras, com especial atenção às que tratam da saúde de lésbicas.

2.1 - Sobre o termo “políticas públicas”

A história democrática brasileira, recente, data da década de 1980. Antes disso, vivíamos em um regime ditatorial, opressivo e marcado por movimentos de resistência. Assim, na recém-inaugurada democracia, vimos o Estado assumir o papel de benfeitor cujo objetivo primeiro seria o bem comum e coletivo.

O novo papel do Estado tem feito com que muitas profissionais, incluindo nós psicólogas, passemos a prover serviços públicos como técnicas ou em cargos de direção, configurando um novo campo de atuação profissional. Para dar conta desse novo campo, de acordo com P. Spink (2009), fomos buscar conhecimentos no norte globalizado, onde a noção de Estado benfeitor “democrático” está consolidada há mais tempo. Entre os conhecimentos que importamos do norte globalizado estão os termos *políticas públicas* e *cidadania*. Porém, os termos não retratam nossa realidade histórica de relação com o Estado, de modo que, ao longo do texto, utilizaremos algumas possibilidades linguísticas que consideramos mais adequadas⁵ (entre elas o uso das expressões *agenda de ações* e *políticas de governo*). O uso desses termos parece mais adequado para retratar a relação histórica entre Estado e sociedade, visto que as ações escolhidas para serem executadas por um dado governo não refletem o interesse público, o bem comum e coletivo. As escolhas atendem, prioritariamente, aos interesses do Estado, de forma que, ao fazer a troca de governantes, constroem-se outras políticas, levando em consideração os interesses dos novos administradores públicos.

Para Salisbury (1968, apud P. Spink 2009, p. 17), as políticas públicas são documentos de tipos diversos (normas, programas de ações, entre outras) que se referem de alguma maneira ao que os governos “decidem fazer, onde colocam suas prioridades e seus

⁵ As exceções se darão quando houver menções a outros textos de forma a mantê-los no formato original como propostas pelas autoras.

recursos”, pois são consideradas preocupações de interesse público. Essa postura é assumida por um conjunto de pessoas responsáveis institucional e publicamente (Executivo, Legislativo e Judiciário).

O uso generalizado do termo políticas públicas sugere que essas são decisões racionais, deliberadas e intencionadas, tendo suas atividades ordenadas de forma a proporcionar maior benefício à população. Sua implementação reafirma essas características e o interesse público nas questões trabalhadas por elas (COLEBATCH, 1998; DYE, 1984 apud SPINK, P., 2009).

As políticas públicas são produtos sociais, situado, que nos ajudam a falar sobre o governo e suas formas de governar. Devem ser pensadas, também, como processos que envolvem múltiplas atrizes organizacionais e privadas, operando negociações e diálogos com diferentes níveis governamentais e representantes da população.

[...] El lenguaje de la política pública puede dar la idea de una moral elevada donde los gobiernos son serios y tiene intenciones y de que las personas pueden responsabilizar a los gobiernos de su palabra; pero en la práctica, el gobierno y la acción pública están empujando y forzando una lucha entre la gente, y tratan de asegurarse de que los recursos y la atención se centren donde ellos creen que importa, incluyendo sus propios bolsillos. (SPINK, P., 2009, p. 19).

Para entendermos o processo de construção de tais “políticas públicas”, P. Spink (2009, p. 18) sugere algumas perguntas a serem feitas que ajudarão a compreender o terreno social e organizacional no qual são tomadas as decisões, os recursos e as ações. São elas: “quem determina o que vai fazer acerca de um problema ou tema específico e como se vai fazer; quem determina se este ou aquele tema terá acesso à agenda de ações⁶”.

A agenda de ações consiste em uma lista de temas as quais funcionárias do governo e pessoas externas que se relacionam com essas funcionárias – no Brasil esta função é exercida com mais afinco pelos movimentos sociais e pela academia – estão prestando atenção especial em um momento especial (KUNGDON, 1995 apud SPINK, P., 2009). No Brasil, os movimentos sociais e a academia estão em articulação direta ou próximas ao governo constituindo um movimento cíclico na atenção dada aos temas da agenda ou na inclusão/exclusão de outros temas.

⁶ Tradução nossa.

2.2 - Políticas públicas como ação em rede

A elaboração e execução de políticas públicas são produtos sociais, como já afirmamos na seção anterior. Utilizando-nos dos conhecimentos da Teoria Ator-Rede⁷ (ANT), as políticas públicas são efeitos de uma rede heterogênea de actantes⁸ em interação (GRAU; INIGUEZ; SUBIRATS, 2010).

As teorizações da ANT advêm dos Estudos Sociais, das Ciências e da Tecnologia, e uma das principais contribuições à nossa pesquisa refere-se às construções de redes sociotécnicas ou heterogêneas que combinam elementos humanos e não-humanos. Esses conhecimentos, aplicados à análise das políticas públicas, possibilitarão entender os processos interacionais que constituem a elaboração e execução de ações governamentais por atrizes múltiplas. Nesta pesquisa, nos ateremos a três campos de saberes que interagem: governo, academia e movimentos sociais organizados institucionalmente (LGBT, feminista e lésbico) – gerando efeitos na rede constituída.

A perspectiva da governança ratifica os posicionamentos da ANT, reconhecendo a complexidade e o pluralismo no processo de elaboração e na implementação da agenda de ações governamentais. Possui três características básicas. Primeiramente, o reconhecimento, aceitação e interação da complexidade como elemento intrínseco ao processo político, permitindo a adaptação das formas de governar as complexidades (GRAU; INIGUEZ; SUBIRATS, 2010). A segunda característica consiste em coordenar e integrar um grande e diverso número de atrizes nas redes, aceitando sua participação nas tarefas do governo. Por fim, uma nova posição do governo, que consiste em liderar e influenciar os componentes da rede – influência essa necessária para mudar uma realidade que não se considera adequada (GRAU; INIGUEZ; SUBIRATS, 2010).

Todavia, para influenciar é necessário negociar pontos de vistas, persuadir, calcular; é preciso convencer outras pessoas sobre uma forma de entendimento de determinado assunto e sobre como organizá-lo, manipulando simultaneamente fatores sociais e elementos técnicos. Todo esse processo é chamado pela ANT de *tradução*.

A *tradução*, dessa forma, permite-nos compreender as relações de poder, em especial como algumas pessoas adquirem o direito de representar e expressar em nome de

⁷ Seguindo a feminização da escrita, trocaremos deliberadamente o termo *Ator* da Teoria Ator-Rede por *Atriz*.

⁸ Actante, ator ou atriz é qualquer tipo de elemento participante, humano e não-humano.

muitas. Domenech e Tirado (2001, apud GRAU; INIGUEZ; SUBIRATS, 2010) afirmam a necessidade do poder de se inscrever em algo material para que possa existir no tempo e no espaço. Tais inscrições, que podem, por exemplo, ser um documento, movem-se gerando novas conexões, novas articulações e jogos de relações, resultando em elementos híbridos.

Em relação às políticas públicas, não devemos supor que há o domínio de uma única atriz – por exemplo o Estado. Estão aí envolvidas decisões e atuações de múltiplas atrizes que dão forma às decisões finais, buscando em suas interações conduzir os membros da rede de acordo com suas preferências. Assim, uma política pública é um conjunto complexo de ações, negociações e decisões (GRAU; INIGUEZ; SUBIRATS, 2010).

Os posicionamentos da ANT sobre redes parecem sugerir que os atos acontecem no aqui-agora, ficando a história à parte dos processos que constituem tais redes. Porém Latour (2005) nos explica que as redes, em suas interações e nos laços que possuem, são possíveis porque trazem, assim como em qualquer interação, elementos de tempos anteriores, de lugares diferentes e gerados por outras actantes. O que está em atuação são também elementos de outros tempos, de outros lugares, gerados por outras agências, ou seja, a história não se restringe ao passado e se faz presente, atuando no aqui-agora das redes (GRAU; INIGUEZ; SUBIRATS, 2010). Os elementos humanos de uma rede também trazem elementos de outros tempos, pois pertenceram e/ou pertencem à múltiplas redes que podem ou não estar na articulação direta com outras, logo os elementos humanos assim como os não-humanos são híbridos.

Assim, os conceitos da ANT, como tradução e redes heterogêneas, nos permitem analisar documentos, incluindo as políticas públicas, para além de seus conteúdos, buscando entender os processos de construção, relações de poderes e todas as complexidades envolvidas.

2.3 - Os discursos científicos como parte da rede heterogênea sobre a saúde voltada às lésbicas

De acordo com Foucault na *História da Sexualidade I: a vontade de saber* (1988), os discursos sobre sexualidade são parte de uma complexa rede em que saber e poder estão atrelados. Os discursos são múltiplos, entrecruzados e sutilmente hierarquizados e articulados entre eles com outros discursos.

Contudo, não basta produzir qualquer discurso sobre o sexo; é preciso que ele tenha status de verdade. Para isso existem dois grandes procedimentos: a *scientia sexualis* e a *ars erótica*.

Para esta dissertação nosso interesse se volta a *scientia sexualis* que veio subsidiar a inclusão da saúde na esfera da sexualidade. Esta por sua vez, para dizer a verdade sobre o sexo, desenvolveu procedimentos de ordem quanto ao essencial em função de uma forma de poder-saber que é a *confissão*. É uma ciência essencialmente subordinada aos imperativos da moral, reiterados sob a forma de normas médicas. Assim, a sexualidade é “correlata desse processo discursivo construído lentamente que é a *scientia sexualis* (FOUCAULT, 1988, p. 78). Para esta pesquisa nosso interesse se volta as transformações da *scientia sexualis*.

A confissão da verdade é a matriz geral de produção do discurso verdadeiro. Desde a Idade Média é utilizada e atualmente adquire várias formas, como consultas e interrogatórios, que, por sua vez, são reunidos, organizados, guardados, publicados e comentados. Assim, nossa sociedade fez funcionar os rituais de confissão em esquemas da regularidade científica, ou seja, transformou a extorsão da confissão sexual em formas científicas, por meio de cinco maneiras. De acordo com Foucault (1988), são elas:

1) *Por meio da codificação clínica do “fazer falar”*, combinando narrações sobre si com exames e conjunto de sinais e sintomas decifráveis;

2) *Por meio do postulado de uma causalidade geral e difusa*, no qual o poder do sexo pode causar tudo e adquirir múltiplas formas, fazendo do sexo fonte de perigos ilimitados e assim justificando a necessidade de inquisição exaustiva;

3) *Por meio do princípio de latência intrínseca à sexualidade*, no qual é preciso arrancar a verdade sobre o sexo que está escondida (aliás, esconder é “natural” do sexo, assim, a confissão tem que ser extorquida);

4) *Por meio do método da interpretação*, no qual a verdade não está somente na confissão, é preciso decifrá-la. A confissão não é mais a prova concreta, e sim um sinal que deve ser interpretado;

5) *Por meio da medicalização dos efeitos da confissão*, colocando o sexo no registro entre o normal e patológico, fazendo dele base para o surgimento de outras doenças.

No século XVIII, surge uma nova necessidade em relação aos discursos sobre sexo, que é a de uma racionalidade cuja função é a de gerir, regular para o bem de todas,

fazendo-o funcionar dentro de um padrão ótimo. Assim, a medicina e a psiquiatria entram em foco para suscitar discursos racionais sobre o sexo, antes centrados no sexo das crianças e dos adolescentes (FOUCAULT, 1988).

No século XIX há dois saberes distintos sobre sexo: a biologia da reprodução e a medicina do sexo. A biologia foi desenvolvida continuamente, segundo uma normatividade científica, enquanto a medicina obedeceu a origens bem diversas. Assim, a biologia sustentou a instituição do discurso científico no Ocidente, desempenhando, em relação à medicina, o papel de suprir garantias globais “sob cujo disfarce os obstáculos morais, as opções econômicas ou políticas e os medos tradicionais podiam reescrever num vocabulário de consonância científica” (FOUCAULT, 1988, p. 63).

Com a formalização da biologia, entra em cena outro componente importante e complementar – o conceito de população, usado como estratégia de gestão da vida pelo Estado. Esse poder político sobre a vida se desenvolveu de duas formas principais, que não são opostas e se interligam por um feixe de relações.

A primeira das formas tem como centralidade o *corpo como máquina*, cujo objetivo é seu adestramento, ampliação das aptidões, extorsão de suas forças e o crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na integração com sistemas de controles eficazes e econômicos, que, por meio de procedimentos de poder caracterizam a disciplina anátomo-política do corpo humano (FOUCAULT, 1988, p. 151).

A segunda forma de biopoder, o *corpo-espécie*, foi desenvolvida por volta da metade do século XVIII. O corpo passou a ser tratado como suporte aos processos biológicos (nascimento, longevidade, reprodução) que são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles regulatórios, chamados por Foucault de biopolítica da população. Estas duas formas de poder político sobre a vida articulam-se pelos agenciamentos do dispositivo da sexualidade, que, segundo Foucault (1988, p. 153-154), é a grande tecnologia de poder do século XX.

os rudimentos anátomo e de bio-política como técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizados por instituições diversas (a família, o exército, a escola, a polícia, a Medicina individual ou a administração de coletividades) agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e os sustentam; operam, também, como fatores de segregação e de hierarquização social, agindo sobre as forças respectivas tanto de uns como de outros, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia; o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial do lucro, foram, em parte tornados possíveis pelo exercício do bio-poder com suas formas e procedimentos múltiplos.

A biopolítica faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana. O direito entra na cena política como novo procedimento de poder e biocontrole (FOUCAULT, 1988).

As ciências – como uma ferramenta do biopoder – especialmente as psicológicas e as ciência bioestatísticas produzem relações de saber e poder específicas (na administração dos corpos e na gestão calculista da vida), suas práticas tomam as pessoas como temas de estudos científicos, cujo resultado é a formação de um novo tipo de saber com efeitos específicos de poder.

2.3.1 - A construção da especificidade da saúde das lésbicas na literatura científica

Identificação

Põem meu rosto num cartão
 (deram-me até um número)
 Falam da cor da minha pele, da cor dos meus olhos
 Medem a minha altura
 E o logotipo do polegar ilustra a página

Ah! Há um espaço para colocar o nome da *cidade* onde nasci
 Mas nada dizem do flamboyant da minha rua,
 - da casa branca...
 - de uma rosa trançada na janela...

-onde os meus sonhos (são) catalogados?
 - onde (está) o sol amarelo que me aquece?
 - onde o rio, que atravessando me atravessa?

No papel eles assinam, apenas,
 as pequenas coisas de que me teço...

Mas nada dizem do essencial de mim...
 da urdidura de dor que compõe...

E, fora do cartão...
 - imensurável...
 - indefinida...

Eu permaneço, eu permaneço

(CAMPELLO, Maria do Carmo B.C. de)

Dos discursos sobre a sexualidade que recebem status de verdadeiros, os produzidos pela academia ocupam certo lugar de privilégio. De modo a entender como se dá a construção da noção de saúde voltada às lésbicas na literatura científica, verificamos os artigos científicos que constam do Medline. O Medline é uma base de dados da literatura

internacional da área médica e biomédica que contém mais de 15 milhões de registros, cobre mais de 4.800 jornais e revistas de 70 países. Essa base de dados, criada em 1966, é parte do PubMed, projeto desenvolvido pelo National Center for Biotechnology Information, situado na National Library of Medicine, que pertence ao National Institutes of Health em Washington, EUA. (SPINK, M.J., 2007; UFMT, 2009; MEDLINE, s/d).

Realizamos a pesquisa buscando artigos que tivessem, no título, a combinação das palavras lesb\$⁹ health. Utilizamos essas palavras de busca no campo título, a fim de localizar pesquisas e/ou publicações em que as lésbicas eram as protagonistas dos materiais. Como resultado obtivemos 201 artigos¹⁰ – o primeiro publicado em 1981, ou seja, somente 15 anos após a criação do Medline. O Gráfico 1 possibilita visualizar o crescimento de publicações sobre o tema da saúde voltada às lésbicas no período analisado. De acordo com Epstein (2003), as lésbicas vistas como não-sexualizadas possibilitou que entrassem nas pesquisas e que se falassem em questões de saúde.

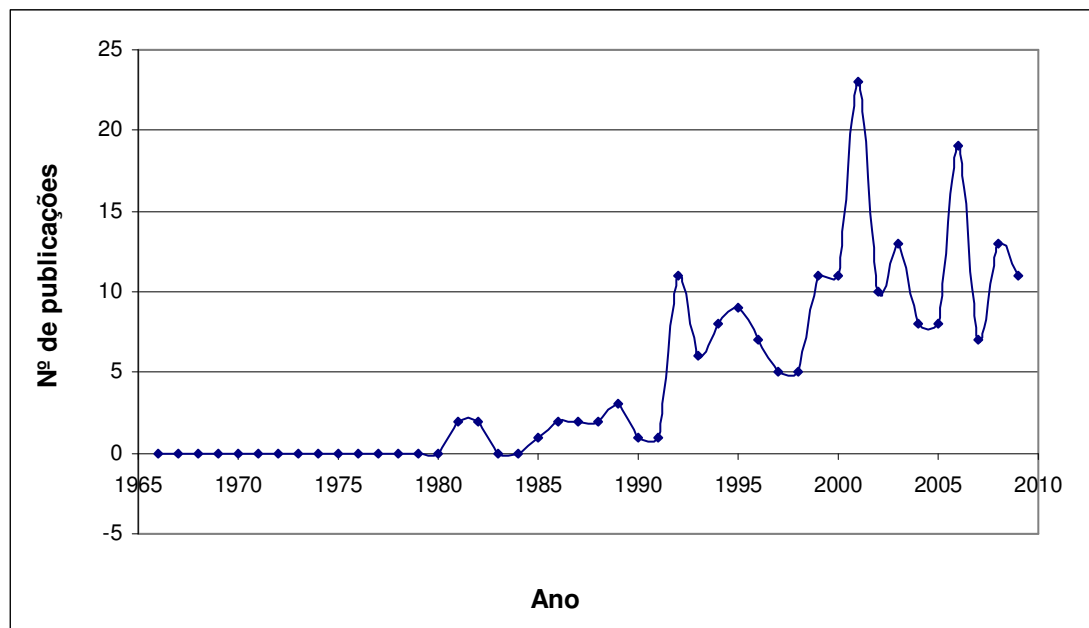


Gráfico 1 – Total de artigos publicados no Medline, utilizando o descritor “Lesb.\$Health no título – acesso 08/10/2009

⁹ O cifrão (\$) indica a inclusão de qualquer palavra que tenha lesb na raiz, como por exemplo: lesbian e lesbianism.

¹⁰ Pesquisa realizada em outubro de 2009.

Embora o número de publicações sobre lesb\$ health tenha aumentado ano a ano, o crescimento é ínfimo quando comparado ao crescimento total do banco de dados, mostrando que o interesse pelo tema ainda é baixo, conforme observamos na Tabela 1.

Os dados foram classificados por década (1980, 1990, 2000) e foram utilizados descritores¹¹ para referenciá-los. Antes de apresentar a análise cronológica e temática dos artigos, ressaltamos que, dos 201 artigos levantados, 195 estão no idioma inglês, 2 artigos em francês, 2 em norueguês, 1 em espanhol e 1 em português.

Período	Total de publicações no Medline	Total de publicações sobre Lesb\$ Health
1966 - 1969	175.083	0
1970 - 1974	1.112.306	0
1975 - 1979	1.290.360	0
1980 - 1984	1.427.204	4
1985 - 1989	1.747.007	10
1990 - 1994	1.980.273	27
1995 - 1999	2.191.054	37
2000 - 2004	2.735.454	65
2005 - 2009	3.167.952	58
TOTAL	15.826.693	201

Tabela 1: Comparativo de publicações no Medline com as publicações que contenham Lesb\$ Health no título, desde a criação do banco de dados em 1966 até outubro de 2009

Na década de 1980, os assuntos abordados nos artigos, em geral, tratavam dos serviços, dos acessos aos serviços e das profissionais de saúde. É nessa década que assuntos como *Auto-Imagem* (1986) e *Estilo de Vida* (1987) aparecem pela primeira vez nas publicações sobre saúde e lésbica. Encontramos, também, temáticas relacionadas à saúde mental: *Centros Comunitários em Saúde Mental* (1981), *Saúde Mental* (1982), *Consumo de Bebidas Alcoólicas* (1986), *Transtorno Depressivo* (1986), *Adaptação Psicológica* (1987), *Preconceito* (1988) e *Desenvolvimento Psicossocial* (1988).

A década de 1990 é mais próspera quantitativamente para as publicações sobre saúde voltada às lésbicas se comparada à década anterior. Em 1992, as publicações, pela

¹¹ Descritor é o nome dado a cada palavra contida no campo palavras-chave, referindo-se ao (s) assunto(s) abordado(s) na publicação.

primeira vez, ultrapassaram uma dezena. Vale apontar que na década de 1990 foram realizadas importantes conferências internacionais promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Em 1993, em Viena, aconteceu a Conferência de Direitos Humanos; em 1994, a Conferência sobre População e Desenvolvimento, no Cairo; e em 1995 foi realizada em Beijim a Conferência sobre a Mulher. Essas Conferências foram marcadas pela diversidade e pela inclusão de novos temas e atrizes desde os eventos preparatórios que as antecederam, geralmente iniciadas três anos antes. Foi no período que antecedeu as Conferências de Cairo e Beijim que apareceram pela primeira vez os descritores *Direitos Humanos* e *Direitos da Mulher*, ambos em 1992.

Outro item relevante nesta cronologia é que nas décadas de 1980 e 1990, nos EUA, havia reivindicações de alguns grupos em relação à sub-representação nas pesquisas de saúde e testagem de novas drogas. Entre eles: mulheres, crianças, idosas e “minorias raciais”. Tais reivindicações levaram a novas legislações e políticas federais que buscaram incluir tais grupos nas pesquisas e estudar as diferenças entre eles. As lésbicas foram beneficiadas entrando nas pesquisas biomédicas como um subgrupo de mulheres (EPSTEIN, 2003).

Em 1992, provavelmente sob a influência dos estudos e publicações sobre a aids, o termo *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* foi usado pela primeira vez em publicações sobre saúde voltada às lésbicas. Em 1996, o termo *Parceiros Sexuais* foi mencionado e dois anos depois, 1998, apareceu nas publicações o termo *Infecção por HIV*.

Associada à lesbianidade, há uma extensa lista de patologias e transtornos, acrescida ano a ano. Em 1990 apareceu o termo *Alcoolismo* e nos anos seguintes, *Estress Psicológico* (1991), *Transtorno Mental* (1992), *Tentativa de Suicídio* (1992), *Suicídio* (1993), *Neoplasia do Colo do Útero* (1994), *Transtornos Fóbicos* (1995), *Neoplasia Intra-Epitelial Cervical* (1996), *Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias* (1997) e, por fim, em 1999, o termo *Transexualismo*.

O descritor *Risco* surgiu pela primeira vez em 1990, trazendo com ele outros termos como: *Conduta de Saúde*, *Aceitação pelo Paciente dos Cuidados de Saúde*, *Auto-Revelação*, *Comportamento Sexual*, *Revelação da Verdade*, *Promoção da Saúde*, *Educação em Saúde* e *Educação Sexual* (1992). Em 1994, o termo *Identificação Social* foi utilizado pela primeira vez, seguido dos termos *Conhecimentos*, *Atitudes e Práticas em Saúde* (1994), *Nível de Saúde* (1996), *Indicadores Básicos de Saúde* (1997) e *Levantamento Epidemiológico* (1999).

A década 2000 é responsável por 61% das publicações sobre o tema saúde voltada às lésbicas, e os repertórios apresentados nesse período não diferem muito da década de 1990. Porém, é neste período que há menções ao prazer, com a utilização dos termos: *Libido* (2001) e *Orgasmo* (2008). Podemos supor que essas menções são influências das Conferências de Cairo e de Beijim, que colocaram a sexualidade no campo dos direitos, reconhecendo os Direitos Reprodutivos e os Direitos Sexuais, termos esses criados pelo movimento feminista e movimento homossexual. Já o termo *Sexualidade* foi utilizado pela primeira vez em artigos levantados em 2000. Embora os termos *Direitos Sexuais* e *Direitos Reprodutivos* nunca foram utilizados, as questões relacionadas à reprodução foram mencionadas por meio dos descritores *Assistência Perinatal* (2005), *Parto* (2006), *Serviço de Saúde Materna* (2008) e *Bem Estar Materno* (2009). O descritor *Gravidez* havia sido utilizado pela primeira vez nas publicações analisadas, em 1989.

Tal como na década anterior, houve aumento de repertórios relacionados a patologias, com menções a *Tabagismo* (2001), *Depressão* (2003), *Transtorno de Humor* (2003), *Transtorno Relacionado ao Uso de Álcool* (2004), *Hepatite C* (2005) e *Disfunções Sexuais Psicogênicas* (2008). De acordo com Flowers (2009), no mundo competitivo das pesquisas em saúde (nos EUA) a patologia é uma chave significativa no acesso aos recursos financeiros em pesquisa.

Outros descritores usados na década em questão foram: *Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde* (2000), *Serviços Preventivos de Saúde* (2000), seguidos por *Qualidade de Vida* (2003), *Comportamento Social* (2003), *Auto-Exame da Mama* (2005) e *Hábito de Fumar Maconha* (2006).

O levantamento de publicações no Medline dá respaldo às afirmações de Foucault sobre a produção de verdades por meio de uma *scientia sexualis*, em que as pesquisas e os artigos são os instrumentos que dizem a verdade sobre o sexo. Verificamos pela quantidade de patologias associadas às lésbicas que o sexo ou as práticas sexuais dessas mulheres estão marcados pelo patológico, fazendo do sexo base para outras doenças ou fontes de perigos (riscos) ilimitados. As afirmações desses saberes têm efeitos. Um deles é sobre a construção da lesbianidade, em que práticas sexuais, atribuídas ao patológico, não estariam no registro da normalidade – assim a lesbianidade não seria “normal”, e sim uma patologia.

O ritual da confissão da verdade relacionado ao sexo, às práticas sexuais e à orientação sexual, mesmo tendo se transformado em diversos saberes e práticas científicas, aparecem por meio dos descritores *Auto-Revelação* e *Revelação da Verdade*. Ao analisarmos

as relações entre descritores, verificamos que *Auto-Revelação* está articulada, na década de 1990, com os descritores *Adaptação Psicológica*, *Apoio Social*, *Atitude do Pessoal de Saúde*, *Homossexualidade Feminina* e *Relação Médico-Paciente*. Na década seguinte, as relações referem-se, em sua maioria, ao *Comportamento Sexual*, *Saúde da Mulher*, *Aceitação dos Cuidados de Saúde* e *Conduta de Saúde*. *A Revelação da Verdade*, na década de 1990, está relacionada à *Homossexualidade Feminina* e ao *Risco*; no período seguinte, diz respeito à *Saúde da Mulher*, *Grupos Minoritários* e *Relação Médico-Paciente*.

A confissão faz-se presente também nos argumentos utilizados pelos movimentos sociais lésbicos, que destacam a importância da revelação da orientação sexual para receber atendimento médico adequado (*Relação Médico-Paciente*, *Atitude do Pessoal de Saúde*, *Aceitação dos Cuidados em Saúde*) e para que se façam presentes nos dados estatísticos de forma a proporcionar o desenvolvimento de outras ações estratégicas que atendam às “reais” necessidades do grupo em questão no campo da saúde.

As pesquisas científicas como meio de dizer a verdade sobre o sexo possibilitaram que aproximadamente 226 temas fossem abordados nas publicações relacionadas à atenção à saúde de lésbicas no Medline (alguns explicitados acima), sendo grande parte associados às patologias. As associações entre verdade e patologias levam à necessidade de averiguações, baseadas em evidência da medicina, que construirá outros discursos verdadeiros sobre os estados de doenças e os riscos (FLOWERS, 2009).

Em suma, foi possível entender como a *scientia sexualis* produz discursos sobre o sexo e esses, por sua vez, respondem a interesses políticos, econômicos e morais, que, ao serem apropriados e entrecruzados com outros discursos, produzem efeitos na ordem do controle da vida, propiciando sua gestão. Por meio desta análise pudemos problematizar as verdades instituídas pela ciência, pensando nestes conhecimentos como uma construção histórica que é fabricada por nós, passível de erros e que se modifica por meio de culturas, de práticas sociais e da própria história.

No caso das lésbicas, estamos acompanhando como essas mulheres que historicamente escaparam da normatização da sexualidade têm se deixado capturar pelos discursos e práticas biopolíticas construídas em torno de suas práticas sexuais. Neste processo, os saberes estão sendo apropriados e se entrecruzam com interesses governamentais e dos movimentos sociais lésbicos para gestão da vida destas mulheres, colocando o tema da saúde voltada às lésbicas em pauta nas agendas das políticas públicas brasileiras. Os argumentos utilizados em alguns documentos acadêmicos, governamentais e dos movimentos

sociais lésbicas referem-se à invisibilidade e à privação de acesso aos seus direitos, sendo a profusão de conhecimentos sobre as especificidades de saúde voltadas as lésbicas uma forma de reverter o quadro de exclusão ao qual estas mulheres foram submetidas historicamente, promovendo o direito à cidadania plena.

3 - A INCLUSÃO DAS QUESTÕES DE SAÚDE NAS AGENDAS DOS MOVIMENTOS DE LÉSBICAS

Como afirmamos anteriormente, as políticas públicas são efeitos de uma rede heterogênea de actantes em interação. Passaremos, neste capítulo, a contar a história das ações governamentais de atenção à saúde de lésbicas a partir dos movimentos sociais lésbicos e seus imbricamentos com o Estado e academia. Mas antes situaremos, historicamente, sua constituição junto aos movimentos de gays e feministas, que foi marcada por constantes tensões e aproximações, na busca de conquistar espaço na cena política.

3.1 - Situando os movimentos lésbicos: construções, contribuições e tensões com os movimentos feministas e gay

A história do movimento homossexual brasileiro pode ser analisada em 3 fases ou “ondas”. A *primeira onda* corresponde ao final do regime militar e à abertura política, época em que, a partir de 1978, começam a ser organizados grupos de homens e mulheres homossexuais. A *segunda onda*, na década de 1980, gira em torno da Assembleia Constituinte e da epidemia do HIV/Aids. E a *terceira onda*, na década de 1990, foi marcada pelos efeitos da epidemia do HIV/Aids, quando consolida-se a parceria entre Estado e movimentos sociais LGBT's, com aumento do número de grupos ativistas, permitindo a diversificação, a formação de redes e a organização de eventos de rua, como as Paradas do Orgulho LGBT (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

A repressão política da ditadura militar fez com que o ativismo de gays e lésbicas tardassem a se constituir no Brasil, mesmo tendo conhecimento do movimento de libertação gay pós Stonewall¹², em 1969, nos Estados Unidos da América. Porém, o cenário cultural brasileiro, com a participação de Caetano Veloso, Maria Bethânia, Ney Matogrosso, Secos&Molhados e Dzi Croquetes, propiciou um ambiente favorável para que os grupos se constituíssem (ALMEIDA, 2005; SIMÕES; FACCHINI, 2009).

É no final da década de 1970 (primeira onda), mais precisamente em 1978, que o movimento homossexual brasileiro (MHB) começa a ganhar visibilidade, com a formação do

¹² Evento de resistência da população LGBT contra os maus tratos da polícia de Nova Iorque. O episódio foi disparador da criação dos movimentos em defesa dos direitos civis e das paradas do orgulho LGBT.

grupo *Somos*, em São Paulo, e com o lançamento do jornal *Lampião*, que, além de homossexualidade, discutia temas considerados “minoritários”, como feminismo e movimento negro (SIMÕES; FACCHINI, 2009). Nesse momento de abertura política, os movimentos homossexuais estavam vinculados a partidos políticos e muitas de suas bandeiras de luta recebiam influência internacional, em especial dos movimentos sociais gays norte-americano (ALMEIDA, 2005).

No ano seguinte ao da criação do *Somos*, 1979, tensões internas e disputas dentro do grupo levaram as mulheres a criarem um subgrupo denominado *Lésbico-Feminista* (LF), que, juntamente com outras mulheres que não participavam de grupos organizados, somaram esforços para publicar no jornal *Lampião* matérias sobre a homossexualidade feminina e espaços de socialização lésbica em São Paulo. As tensões ocorridas no *Somos* e em outros movimentos sociais decorriam das alianças políticas e das relações partidárias de esquerda, que tendiam a dois caminhos distintos: a luta específica, ou a luta maior contra a ditadura militar e pela transformação social (SIMÕES; FACCHINI, 2009). Na década de 1980, aconteceram o *I Encontro de Grupos Homossexuais Organizados* e o *I Encontro Brasileiro de Homossexuais*. Esses encontros colocaram nas pautas de discussão dos movimentos homossexuais temas que ainda hoje são debatidos, como: casamento, educação sexual na escola, discriminação religiosa, despatologização da homossexualidade, denúncias de violência, legislação antidiscriminatória e aids (ALMEIDA, 2005).

Em maio de 1980, a LF rompeu com o *Somos* e criou o *Grupo de Ação Lésbico-Feminista* (GALF), que afirmava algumas divergências com o movimento gay, ressaltava a aproximação com o movimento feminista e reivindicava a autonomia do movimento lésbico. Vemos, assim, que o movimento lésbico brasileiro desenvolve-se junto ou próximo aos movimentos gays e feministas, embora tenham ocorrido sucessivos movimentos de aproximações e distanciamentos, tensões e ambiguidades entre esses movimentos.

O GALF passou por várias crises políticas, sendo algumas marcadas pelo rompimento de relações amorosas entre suas integrantes. Uma das crises levou o grupo a dois caminhos distintos: um privilegiando o movimento feminista, sob o argumento de que a lesbianidade não poderia ser uma identidade pessoal, e o outro propondo a independência de atuação em relação ao movimento feminista, reafirmando a lesbianidade como identidade social e política (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

De acordo com Almeida (2005, p. 103), até a década de 1990 foi uma característica do movimento lésbico brasileiro a formação de grupos a partir de um casal

fundador que agregava outros casais e amigas. Quando a relação do casal se esgotava, os “grupos se dissolviam e/ou se fragilizavam, devido à permanência de apenas uma integrante do casal, que nem sempre estava preparada, ou em condições de dar continuidade às atividades do grupo”.

Os caminhos escolhidos pelo GALF refletiam os tensionamentos com o movimento feminista e foram influenciados pelos movimentos feministas internacionais que não queriam ser associados à lesbianidade, pelo menos naquele momento, para obterem o mínimo de respeito. Assim, as questões lésbicas não recebiam a devida atenção do movimento feminista, o que levou as lésbicas terem o desejo de autonomia. Contudo, não tinham demandas organizadas e, conseqüentemente, não conseguiam fazer ecoar suas manifestações e reivindicações fora dos movimentos feministas e gay (ALMEIDA, 2005).

O jornal *Lampião* foi extinto em junho de 1981, depois de divergências internas entre as editoras e uma mudança na linha editorial, o que refletiu nas vendas. Segundo Simões e Facchini (2009), outro fator que pode ter contribuído para a extinção do jornal foi que, com a redemocratização, a imprensa alternativa desapareceu e seus temas foram absorvidos pela grande imprensa.

A extinção do jornal é considerada como uma das causas prováveis para o declínio do MHB na década de 1980 (SIMÕES; FACCHINI, 2009, p.117). Outros fatores (Green, 2000, apud ALMEIDA, 2005), entretanto, como a alta da inflação, o desemprego, a falsa ideia de fim da ditadura, a imagem positiva dos gays na mídia e o crescimento do mercado gay, podem ter levado à conclusão de não haver mais necessidade de uma organização política. Nem todos concordam com essa análise. Simões e Facchini (2009), por exemplo, apontam que este não foi um momento de declínio, mas de transformações no movimento que marcariam a segunda onda.

Não só o MHB estava se transformando. O cenário político brasileiro, nesta época, encontrava-se em transformação. Com a promulgação da Constituição de 1988, a participação de vários movimentos sociais visibilizava “as cicatrizes das desigualdades estruturais brasileiras e de seus marcadores ligados à raça/cor, nível de educação formal, origem social, sexo, identidade de gênero e sexualidade”, marcando uma ruptura no campo das políticas públicas brasileiras (NARDI, 2010, p. 75).

É em decorrência da epidemia da aids que o MHB reorienta suas práticas, aproxima-se das autoridades médicas e promove uma maior articulação, tanto nacional como

internacional, com a sociedade civil em geral, formando redes e promovendo encontros e eventos para discutir questões relacionadas à aids.

A resposta governamental à epidemia consolidou-se em 1988, quando o Ministério da Saúde (MS) criou a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids¹³ (CN DST/Aids). Inicialmente, sua relação com os movimentos sociais homossexuais organizados não se deu de forma harmoniosa, principalmente pelas campanhas realizadas, que vinculavam mensagens que mais aterrorizavam a população do que informavam, com jargões do tipo: “Se você não se cuidar, a aids vai te pegar”, ou, “Eu tenho aids e vou morrer” (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

O aumento do número de casos e notificações de HIV/Aids no Brasil no início da década de 1990 demandou a atuação governamental de combate e enfrentamento da epidemia. Os movimentos homossexuais, nesse período, eram os grandes responsáveis em produzir e circular as informações entre a área médica e a população homossexual, levando o Estado a se aproximar dos movimentos homossexuais, construindo novas parcerias, dando, assim, início à *terceira onda* do MHB. Essa aproximação entre Estado e o MHB permitiu que a então Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, por meio do financiamento do Banco Mundial, passasse a financiar projetos das ONG para a prevenção e tratamento das DST/Aids. O financiamento das ações pelo Estado possibilitou a organização institucional de grupos já existentes (na maioria dos casos em formato de ONG) e o surgimento de novos grupos e organizações de prevenção e tratamento das DST/Aids.

Foi por meio das discussões e conceituações que permearam e permeiam as DST/Aids – inicialmente pela utilização de classificações como “grupos de risco”, passando posteriormente ao conceito de vulnerabilidade – que foi possibilitada a entrada na cena política brasileira de novos grupos em que o exercício e a expressão da sexualidade estavam na “clandestinidade”, como o de bissexuais e travestis, fazendo do MHB o que hoje chamamos de movimento LGBT. A epidemia da Aids também possibilitou uma discussão pública da sexualidade e das práticas sexuais homossexuais, proporcionando a expansão do poder médico apoiado na ressonância da mídia.

¹³ A Coordenação Nacional de DST/Aids, em 2003, passou a chamar-se Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids, vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde. Em 2009, tornou-se departamento da secretaria de Vigilância em Saúde e tem o Programa Nacional para Prevenção e Controle das Hepatites Virais integrado a ele, passando a ser chamado de Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Em suma, essa aproximação entre Estado e os movimentos de gays e lésbicas revigorou o ativismo pelos direitos homossexuais. Este novo momento do movimento LGBT foi caracterizado da seguinte maneira por Simões e Facchini (2009, p. 138):

Presença marcante na mídia; ampla participação em movimentos de direitos humanos e de resposta à epidemia da Aids; vinculação a redes e associações internacionais de defesa de direitos humanos e direitos de gays e lésbicas; ação junto a parlamentares como proposições de projetos de lei nos níveis federal, estadual e municipal; atuação junto a agências estatais ligadas a prevenção de DST e Aids e promoção de direitos humanos; formulação de diversas respostas diante da exclusão das organizações religiosas; criação de redes de grupos ou associações em âmbito nacional e local; e organização de eventos de rua.

Como mencionado anteriormente, o movimento lésbico, desde sua origem e em seu desenvolvimento, esteve relacionado aos movimentos feministas e ao movimento de gays, tanto no Brasil como internacionalmente. De acordo com Borges (2008), as tensões e distanciamentos do movimento gay se dão pela crítica ao funcionamento patriarcal e por certa misoginia. Já Almeida (2005) destaca que a divergência com o movimento gay dá-se em relação aos propósitos políticos dos encontros promovidos, marcados pelo caráter lúdico e de socialização, sendo incompatível com os ideais lésbicos da época.

Em relação ao movimento feminista, o afastamento do movimento lésbico dá-se de forma ambígua, pois, se por um lado foi um espaço de luta contra a opressão e um local que possibilitava o encontro com outras mulheres, por outro, as lésbicas encontravam dificuldades em pautar suas questões, fazendo desse um lugar não-favorável às suas proposições (BORGES, 2008). Refletindo sobre essas aproximações e tensões com o feminismo, Rich e Witting (1983) identificaram três correntes no feminismo lésbico: separatista, feminista e radical.

A *corrente separatista*, desenvolvida em 1973, nos EUA, busca a criação de espaços exclusivos para lésbicas, muitos deles organizados em torno de atividades – cinema, música, revistas, espaços de sociabilidades e luta política –, lutando por uma (re)criação de uma cultura e ética lésbica (FALQUET, 2004).

A *corrente feminista* tem como ideia central a heterossexualidade compulsória que, como “norma social”, propicia a invisibilização do lesbianismo inclusive dentro do movimento feminista. Para Rich (1983), existe um *continuum lésbico* que une todas as mulheres que querem romper com a heterossexualidade e tenta criar e reforçar vínculos entre mulheres que desejam lutar contra o patriarcado (FALQUET, 2004). Para a autora, esta

corrente deve ser entendida como o amor por nós mesmas e por outras mulheres, compromisso entre as mulheres que transcende a lesbianidade. Ou seja, a opressão estaria relacionada ao gênero e não à sexualidade.

Já a *corrente radical*, que recebeu as contribuições de Wittig (2001), considera que as lésbicas romperam com a apropriação privada por parte dos homens, mas não conseguiram romper com a apropriação coletiva que as vincula como mulheres – heterossexismo –, o que as levariam às lutas coletivas. Assim, lésbicas constituiriam uma nova categoria que vai além da categoria sexo, utilizada para destruir o sistema heterossexual – que é composto pelas categorias gênero e sexo. Para Wittig a lésbica não é mulher (FALQUET, 2004; BORGES, 2008).

Os caminhos trilhados pelo movimento nacional de lésbicas não diferem muito dos internacionais. No Brasil, o surgimento de grupos de lésbicas deu-se em meados de 1980, mas antes disso as mulheres já se reuniam para discutir questões relacionadas à homossexualidade feminina.

Alguns dos tensionamentos, acima citados, podem ser constatados no comunicado publicado no jornal *Lampião*, ao anunciar o rompimento do *LF* com o *Somos* e a concomitante criação do *GALF*.

Não cabíamos no *Somos* enquanto mulheres... Temos que nos organizar separadamente para atender às nossas especificidades, o que não era absolutamente o caso das bichas... Isso não significa, porém, que estamos fora do movimento ou que sejamos apenas um grupo feminista... Queremos frisar que continuamos a ser um grupo lésbico e que o feminismo apenas nos acrescentou novas frentes de luta... Enquanto estivemos ilhadas em um grupo masculino, nossas atenções foram repartidas em função do inimigo comum: o machismo. Com a nossa autonomia, concomitantemente ao crescimento do grupo, as diferenças entre nós se acirraram, já que passamos a nos preocupar com uma série de diferenças que antes não tínhamos nem condições de aprofundar. Então, se por um lado a autonomia nos deu maior liberdade de atuação e profundidade, por outro, também aumentou a responsabilidade de nos reconhecermos e de convivermos com uma série de divergências nunca afloradas, por falta, inclusive, de um espaço físico (*Lampião*, nº 15, 1980 apud SIMÕES; FACCHINI, 2009).

As aproximações, distanciamentos e tensões com os movimentos de gays e feministas, a eclosão da epidemia da aids e a entrada da ONU nos debates sobre população e desenvolvimento, constituíram um solo propício para as discussões públicas sobre sexo e sexualidade e inclusão desses temas no campo dos direitos. Esse cenário propiciou novos contornos às agendas de luta dos movimentos sociais, em especial ao movimento lésbico,

âmbito em que as reivindicações por saúde sexual proporcionaram autonomia e visibilidade. É essa história que contaremos no próximo item.

3.2 - A inclusão das questões de saúde nas agendas dos movimentos de lésbicas

Vimos até aqui que o movimento lésbico organiza-se de maneira muito próxima aos movimentos feministas e gay, com várias tensões, aproximações e distanciamentos na busca de autonomia. A eclosão da epidemia da aids e as ações em torno da saúde trouxeram aos três movimentos (feministas, gays e lésbicos) novas possibilidades de atuação.

Consideramos necessário abordar a relação entre a epidemia de aids e os movimentos sociais de lésbicas, tanto no Brasil quanto no exterior, pois é a partir dela que se potencializa o movimento em torno da saúde voltada às lésbicas. No Brasil, este movimento é constituído por duas vias de atuação em saúde sexual, uma influenciada pelos movimentos gays e a epidemia da aids e outra influenciada pelos movimentos feministas, tendo como foco a saúde integral. A Figura 1 ilustra esta construção por meio da sistematização dos eventos e publicações que tratam do tema.

A matéria de 2001 da Rede Feminista de Saúde, *Direitos que não podem calar*, traz as tensões entre os movimentos lésbicos em relação ao movimento feminista e gay, apontando as questões de saúde como importante item de sua agenda política.

Direitos que não podem calar - Revista da Rede Feminista de Saúde (2001)

A Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, mais conhecida como Rede Feminista de Saúde, é uma articulação política nacional dos movimentos de mulheres, feminista e antirracismo, fundada em 1991. É integrada por ONG's, grupos feministas, profissionais de saúde, pesquisadoras, grupos acadêmicos de pesquisa, movimentos de mulheres e feminista, conselhos e fóruns e outras que atuam na área da saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos¹⁴.

Em 2001, na edição daquele ano da revista *Jornal da Rede*, a Rede Feminista de Saúde trouxe uma publicação exclusiva sobre direitos sexuais como direitos humanos, sendo que uma das matérias discute a questão das lésbicas na ótica de mulheres pertencentes aos movimentos lésbicos brasileiros. A matéria, intitulada *Direitos que Não Podem Calar*, traz, em forma de entrevistas, a opinião de sete representantes dos movimentos sociais lésbicos (Sul, Sudeste e Nordeste) sobre as questões que envolvem a lesbianidade no Brasil.

O primeiro item abordado nesta matéria, *Os direitos das lésbicas são direitos das mulheres*, é uma crítica aos movimentos feministas, que têm se mostrado “tímidos” em relação aos direitos sexuais das lésbicas (principalmente pelo medo das próprias mulheres de serem tachadas como lésbicas), mas ressaltam que as questões vivenciadas por elas são inerentes a toda mulher, independentemente da orientação sexual. Uma das entrevistadas destaca que as feministas “precisam pôr em suas agendas de luta a discussão da cidadania lésbica” (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2001, p. 22).

O segundo tópico abordado pela matéria trata da relação “delicada” entre lésbicas e gays, principalmente por causa do machismo, que não é exclusivo dos homens heterossexuais. Entretanto, as entrevistadas ressaltam que vem ocorrendo mudanças nessa relação, com o aumento gradativo de grupos exclusivamente lésbicos, organizados “em busca de autonomia e de suas especificidades”. Esta afirmação sugere a relação entre a organização dos movimentos lésbicos e a construção de uma agenda de luta específica que atendesse às demandas não-pautadas pelos movimentos feminista e gay.

A saúde é o próximo tema da matéria, que inicia chamando a atenção para a falsa crença das lésbicas em serem imunes às DST, câncer de mama e colo de útero por não terem

¹⁴ Mais informações sobre a Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, no site: www.redesaude.org.br

relações sexuais com homens. É interessante notar que uma das entrevistadas ressalta a questão de classe na prática do sexo seguro, dizendo que as mulheres de classe média seriam as mais resistentes, devido à dificuldade em admitir que não têm informações sobre o assunto. Pela primeira vez o componente “classe” aparece como fator de resistência às práticas de sexo seguro, tanto em documentos dos movimentos sociais feministas e/ou lésbicos quanto em documentos acadêmicos aos quais tivemos acesso.

Outra demanda em relação à saúde concerne à dificuldade de acesso aos seus serviços, devido a preconceitos e autopreconceito. Preconceitos por parte de profissionais de saúde que negligenciam o atendimento depois que há menção da prática sexual com mulheres, ou por parte das mulheres que não falam sobre suas práticas sexuais por medo das possíveis consequências (autopreconceito), sugerindo a necessidade de capacitação das profissionais de saúde para um atendimento de qualidade e respeito.

Uma das entrevistadas menciona que “os profissionais de saúde precisam se sensibilizar para o fato de que mulheres lésbicas não têm a mesma prática sexual das heterossexuais e vice-versa. Há particularidades que precisam ser levadas em conta” (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2001, p. 23). Embora não haja qualquer menção de qual ou quais seriam as referidas particularidades, o argumento pode servir de justificativa para a construção da noção de especificidades inerentes às lésbicas, as colocando como um grupo que possui “necessidades especiais” em relação à saúde, decorrentes de práticas sexuais diferenciadas, geralmente associadas à ausência de penetração. Porém, esse argumento – ausência de penetração – tem também o efeito de posicionar as lésbicas como um grupo homogêneo em relação às práticas sexuais.

Para finalizar a seção voltada à saúde, as entrevistadas são unânimes em apontar para a falta de informação e de políticas públicas de prevenção às DST's e para a necessidade de o MS de trabalhar a questão da saúde lésbica em sua especificidade. Em relação às políticas públicas, vale lembrar que apenas cinco anos antes, em 1996, é que se consolida a aproximação entre os movimentos sociais lésbico e o Estado, via a CN DST/AIDS, por meio do financiamento do I Seminário Nacional de Lésbicas (Senale) – que abordaremos adiante.

No penúltimo item da reportagem, *A luta pelos direitos*, há a associação entre conquista de direitos e a criação de leis para seu cumprimento, reconhecendo alguns avanços conquistados em nível municipal e estadual, além do aumento de decisões judiciais em prol de

gays e lésbicas. Entretanto, ressaltam as dificuldades de aprovação, no Congresso Nacional, do projeto de lei que reconhece a parceria civil entre pessoas do mesmo sexo¹⁵.

O último item, *Se você não existe, você não tem direitos*, aborda a questão da visibilidade da identidade lésbica como ponto chave do movimento, ou, como é afirmado na matéria, “ponto de honra para os grupos lésbicos entrevistados”. Na frase seguinte, o texto cita uma das entrevistadas: “a síntese da visibilidade é a seguinte: se a gente não existe, a gente não tem demanda” (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2001, p. 24). A sequência de frases e a Figura 2 apontam para a necessidade de visibilidade social como principal item a ser trabalhado pelos movimentos sociais lésbicos na construção e organização de um movimento autônomo em relação aos movimentos feminista e gay.



Figura 2: Movimento lésbico reivindicando visibilidade e direitos

Foto: Claudia Ferreira. Fonte: REDE FEMINISTA DE SAÚDE, *Jornal da Rede Saúde*, Nº 24, 2001, p. 22.

A saúde voltada às lésbicas pela via de epidemia da aids: a carta

No início da epidemia da aids, as ações de prevenção, tratamento e assistência, tanto governamentais quanto dos movimentos sociais organizados, estavam voltadas aos grupos com maior prevalência da doença, ou seja, os *grupos de riscos*, integrados, inicialmente, por uma maioria de homossexuais, hemofílicos e haitianos.

¹⁵ Aprovado em 2011 pelo Superior Tribunal de Justiça.

As lésbicas, como pertencentes ao grupo de homossexuais, apareceram nos discursos médicos como não apresentando riscos em relação à infecção por HIV, pois acreditava-se que suas práticas sexuais eram exclusivamente com mulheres, e, por isso, não entrariam em contato com o sêmem do homem, tido como principal veículo de transmissão. Conseqüentemente, o risco de infecção tornava-se maior para quem tinha práticas sexuais com homens, colocando as bissexuais como ponte de contaminação entre homossexuais e heterossexuais. Até hoje a escolha de uma parceira sexual que não tenha práticas sexuais com homens é uma estratégia de prevenção ao HIV e às DST para as lésbicas, de forma que a ausência de risco ou baixo risco está associado não só às suas práticas sexuais, mas também à escolha da parceria sexual.

Mesmo estando fora do chamado grupo de risco, as lésbicas foram foco de pesquisas que buscavam confirmar sua ausência desse grupo, dando origem à categoria *female-to-female transmission* (transmissão mulher para mulher). A maior dificuldade das pesquisas era reunir um número significativo de mulheres que não haviam sido expostas a outros fatores de infecção. Embora alguns estudos tenham mostrado ser possível a transmissão do HIV entre mulheres, esses números eram ínfimos quando comparados aos casos em que a transmissão se deu pelo contato mulher para homem, de homem para mulher e de homem para homem.

Devido aos preconceitos gerados pela noção de grupo de risco, a expressão foi abandonada, dando lugar a *comportamentos de risco*. De acordo com Richardson (2000), este conceito possibilitou, em meados de 1980, pelos discursos biomédicos, a construção das lésbicas como tendo risco de infecção pelo HIV, segundo os boletins epidemiológicos, como usuárias de drogas injetáveis. Outras pesquisas afirmaram que havia possibilidades de risco associados: ao sexo durante a menstruação; ao uso de brinquedos sexuais para penetração vaginal e anal; e ao sexo envolvendo sangue nas relações sexuais entre mulheres.

Sobre a possibilidade de infecção por HIV, em 1992 uma ONG estadunidense de luta contra a aids, localizada em Nova Iorque, chamada *Red Hot Organization*, lançou a campanha *Safe Sex is Hot Sex*, com várias imagens de casais em posições eróticas, incluindo um casal de lésbicas, como mostra a Figura 3, abaixo, afirmando que as mulheres não estavam imunes ao HIV.

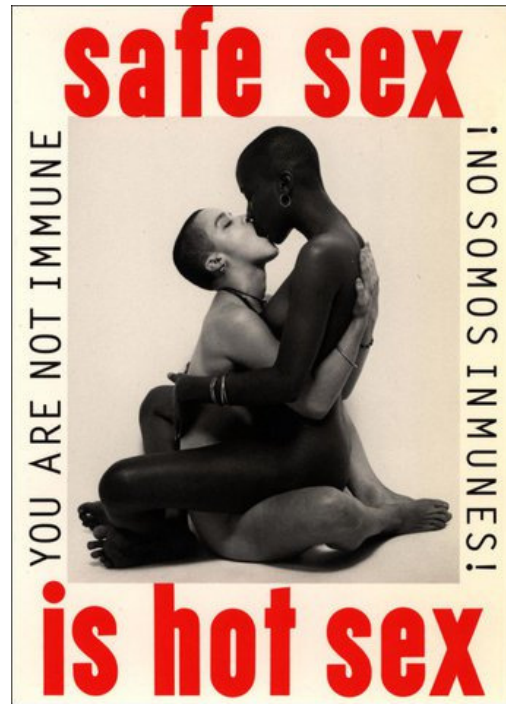


Figura 3: Campanha *Safe Sex is Hot Sex*, de 1992, da ONG Red Hot Organization, afirmando que as lésbicas não estão imunes à infecção do HIV

Com base nas considerações feitas por Richardson (2000), verificamos que a segurança (ou a não possibilidade de infecção pelo HIV) afirmada no início da epidemia da aids passou a ser modificada pelas pesquisas mais recentes, que verificaram a possibilidade de transmissão do HIV por meio de práticas sexuais, embora com risco menor quando comparada a outros grupos. O discurso volta-se à possibilidade de infecções relacionadas às DST's, argumento até então não utilizado, devido ao conceito de comportamento de risco.

No Brasil, a possibilidade de infecção por HIV foi pouco trabalhada pelos movimentos sociais organizados e pelas políticas públicas brasileiras, mesmo recebendo influências internacionais que já pautavam esse assunto na década de 1980. Por aqui, na década de 1990, a transmissão do vírus era pensada em termos de partilha de fluidos corporais, e as lésbicas, pela suposta ausência de penetração e contato com fluidos (sêmem), estariam protegidas (ALMEIDA, 2009).

Em 1994, o *Coletivo Feminista de Lésbicas* publicou um *folder* chamado *Um pouco do que você gostaria de saber sobre... lésbica*, afirmando a relação entre lésbicas, HIV e aids. Para as autoras a ideia de risco zero era errônea, pois faziam sexo com mulheres bissexuais, usuárias de drogas endovenosas e que recebiam transfusão de sangue (ALMEIDA, 2009). Nos argumentos utilizados para justificar a possibilidade de infecção, não foi

mencionada a relação sexual com homens, a não ser das supostas parceiras bissexuais. Aliás, são essas também que fazem uso de drogas e transfusão de sangue, reafirmando o preconceito em relação às bissexuais e a identidade lésbica como homogênea, como se nenhuma lésbica se relacionasse sexualmente com homens. Ao afirmar a possibilidade de infecção, o *folder* situa as bissexuais como a ponte e o meio pelo qual as lésbicas encontram-se na condição de vulnerabilidade.

De acordo com Almeida (2009), até 1994 não tínhamos nenhum grupo brasileiro de lésbicas com características autônomas, e o trabalho com prevenção às infecções por DST/Aids iniciam-se juntamente com o surgimento de um movimento autônomo de lésbicas, tendo como protagonistas o *Grupo Lésbico da Bahia* (GLB) e a Rede de Informação *Um Outro Olhar* (UOO). Os materiais utilizados nas atividades promovidas por esses grupos vinham do exterior, pelas mãos de estrangeiras que vinham ao país participar de pesquisas e/ou de atividades dos grupos e pela ida de brasileiras ao exterior. A interação entre as mulheres (pesquisadoras e integrantes dos movimentos sociais lésbicos), promovida pelas atividades desenvolvidas pelos grupos, propiciou às lideranças dos movimentos sociais lésbicos a percepção de que a questão mais pertinente eram as infecções por DST. Assim, o discurso da possibilidade de infecção por HIV foi substituído pelo da possibilidade de infecção por DST. Outro fator que pode ter contribuído para a substituição dos discursos foi a não-identificação de casos brasileiros de infecção por HIV de uma mulher para outra.

Em 1995, no Rio de Janeiro, durante o Encontro da *International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association* (ILGA) ocorreram duas tentativas de articulação nacional de lideranças lésbicas. A primeira foi a de organizar e criar a infraestrutura necessária para o envio de um grupo de lideranças lésbicas para a Conferência das Mulheres em Beijim, e a segunda foi a criação da Secretaria Nacional de Mulheres da ILGA, com a pretensão de organizar um encontro nacional só de lésbicas. As duas tentativas não obtiveram sucesso, porém o desejo de um encontro nacional entre essas lideranças se manteve, e os grupos cariocas iniciaram a aproximação com a então CN DST/AIDS, que viria a financiar o encontro (ALMEIDA, 2005, 2009). Assim, em 1996, no Rio de Janeiro, aconteceu o I Seminário Nacional de Lésbicas (Senale), que marca um novo período do movimento lésbico brasileiro, de autonomia em relação aos movimentos gays e feministas e aproximação com o Estado.

No primeiro SENALE, foi aqui no Rio em 1996 (...) o SENALE foi fundado em três pés (um tripé): saúde, visibilidade e organização, é a máxima do SENALE de 1996. Porque as três coisas têm que andar juntas porque se você não tem visibilidade, você

não existe. Eu estive conversando várias vezes com pessoas do Ministério da Saúde e eles diziam: “não tem demanda, vocês não têm demanda”, entendeu? Mas é porque não tem visibilidade. Não tem demanda, não tem saúde e não tem porque não tem organização, porque você estava diluída dentro dos vários movimentos, então é por isso que a gente começa a chamar pra essa discussão desse tripé, já ligado à prevenção de DST/Aids pras mulheres, é lógico que hoje isso se aplica pra câncer de mama, pra tuberculose e etc.. (ALMEIDA, 2005, p. 206)

Desta forma, o tema saúde, por meio da possibilidade de infecção das lésbicas frente às DST e ao HIV, veio somar-se à necessidade de maior visibilidade política e organização dos grupos, e, assim, encontrou no atual Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais apoio financeiro para a realização de projetos e ações. De acordo com Pelucio (2007), no Brasil a saúde é lugar privilegiado de acesso à população LGBT às políticas públicas, cidadania e atenção do Estado.

Quando falamos em políticas públicas, imediatamente nos remetemos a sua implementação, que, por vezes, esbarra em problemas orçamentários – principalmente a falta de recursos financeiros. Porém, ao longo da história do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, que teve, até 2006, o financiamento do Banco Mundial, desenvolveram-se mecanismos que garantem os recursos financeiros para suas ações, como o Plano de Ações e Metas (PAM).

O PAM estrutura a relação entre os governos federal, estadual e municipal, garantindo que o dinheiro federal receba de cada uma das demais esferas um complemento chamado contrapartida. De acordo com o PAM, um percentual do dinheiro recebido (10%) tem que ser usado para o desenvolvimento de projetos com as ONG. O recurso vindo do PAM tem garantido, ao longo dos anos, a sobrevivência de muitas ONG, e, à medida que se torna mais escasso, gera muitas disputas na aprovação de projetos (PERILLO; PEDROSA; BRAZ; MELLO, 2010).

De acordo com a Portaria nº 2313/GM de 19 de dezembro de 2002, o PAM garante o recurso para financiamentos de projetos e ações voltados às DST/HIV e Aids, que devem priorizar as ações de promoção da saúde, prevenção e o atendimento de populações consideradas mais vulneráveis e de risco. Desta forma, para acessar estes recursos as lésbicas deveriam aparecer junto à CN DST/Aids como vulneráveis e tendo riscos (BRASIL, 2002).

Em agosto de 2005, participamos do Encontro Regional de Ong Aids (Erong) do Centro-Oeste, na cidade de Rondonópolis/MT, representando Goiás. Durante o evento, um

representante do então PN DST/AIDS convidou as mulheres que participavam do Encontro para uma reunião após o término das atividades do segundo dia do evento. Não éramos muitas e a reunião iniciou-se com cerca de sete mulheres. Entre elas, representantes de ONG e fóruns, como por exemplo: CFEMEA (ONG feminista de Brasília-DF), Coturno de Vênus (ONG feminista lésbica de Brasília-DF), Grupo Transas do Corpo (ONG feminista de Goiânia-GO), uma representante do Mato Grosso e uma representante do Mato Grosso do Sul. A conversa foi rápida e teve como único assunto o aumento da incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) entre mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM¹⁶), e o fato de o PN DST/Aids ter recursos disponíveis para financiar projetos nessa área. Fomos convidadas a apresentá-los, de preferência em articulação com uma rede que envolvesse todo o Centro-Oeste. Diante da dificuldade do cenário político regional em pautar, em espaços públicos, a lesbianidade, e da pouca articulação entre grupos lésbicos, que eram poucos, foi definido nesta reunião que o financiamento seria para contemplar as ações que tivessem como finalidade a organização de uma rede constituída por ONG lésbicas do Centro-Oeste.

O que vimos como desdobramentos desta reunião foi a criação de um grupo de discussões virtual chamado *lesbicascentrooeste*. Não houve, contudo, adesão por parte de outros grupos e mulheres da região, não passando de uma tentativa frustrada de se organizar e articular uma rede de lésbicas. Não temos a informação se algum grupo, individualmente, acessou os recursos financeiros disponibilizados pelo PN DST/Aids na reunião.

Desta forma, a reunião nos mostrou que, nove anos após o I Senale, o tripé saúde, visibilidade e organização continuava a ser o foco de trabalho dos grupos lésbicos, e, também, via de acesso às políticas públicas, com o Estado ajudando a construir um movimento social emancipado dos movimentos feministas e gays e ganhando visibilidade política.

Vivência lésbica e vulnerabilidades

Para que a parceria entre Estado e movimentos sociais lésbicos se consolidasse via Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, foi necessário construir um conjunto de demandas (a partir do conceito de vulnerabilidade) a que estariam atreladas a vivência lésbica e não trabalhar somente no contexto das DST. A noção de vulnerabilidade vem em substituição à noção de comportamento de risco, incluindo, nas discussões, a epidemia da

¹⁶ Terminologia utilizada pelo PN DST/Aids.

aids, as dimensões social e política, de acordo com Ayres e colaboradores (2006, p. 396 apud SPINK, M.J., 2007).

A noção de vulnerabilidade busca responder a percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela Aids não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Esta noção integra três dimensões: a individual, que refere-se ao acesso à informação, capacidade de processá-la e de utilizá-la para fins de prevenção; a social, que inclui as relações raciais e de gênero, os aspectos estruturais da desigualdade e a estrutura jurídico-política dos países; e a programática (ou institucional), referente às maneiras como as instituições atuam para reproduzir condições sociais de vulnerabilidade (SPINK, M.J., 2007, p 352).

Tendo os trabalhos de Almeida como referência (2005, 2009), a *vulnerabilidade individual* das lésbicas em torno das DST's foi a primeira a ser pensada, tendo por base a afirmação de que, se as lésbicas são mulheres, as especificidades de gênero relacionadas à anatomia e à cultura as posicionariam, assim como as demais mulheres, como vulneráveis.

A vulnerabilidade de gênero, acima citada, é encontrada nos serviços de saúde, pela resistência à intervenção médica – expressa no não-comparecimento às consultas ginecológicas, por exemplo –, ou por algumas profissionais não considerarem as lésbicas como mulheres, pois, em suas concepções, quem tem práticas sexuais com mulheres são homens. Portanto, as lésbicas seriam homens e estariam excluídas dos procedimentos e exames ginecológicos (ALMEIDA, 2005; 2009).

Outro argumento em torno da vulnerabilidade individual refere-se às práticas sexuais tidas como de risco, que consistem nas que têm troca e/ou contato com fluidos, sendo possíveis vias para a infecção, por DST/HIV, a boca, mãos com cutículas aparadas e os acessórios sexuais compartilhados.

São sobre essas vulnerabilidades que recaem as justificativas das ações de prevenção às DST e hepatites virais, visando alterações de comportamento nas relações sexuais entre mulheres. Como exemplo, a cartilha *Prazer sem Medo*, lançada em 2001 pela ONG *Um Outro Olhar*, que hoje encontra-se na quinta edição, com conteúdo voltado ao “sexo seguro e prevenção às DST”, traz em um dos seus itens o *Guia Rápido de Proteção*

para as Lésbicas (Figura 4), em que algumas práticas sexuais são divididas em categorias como: totalmente seguro, provavelmente seguro e não seguro/arriscado.




 <p>TOTALMENTE SEGURO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Beijo social <input type="checkbox"/> Carícias, abraços <input type="checkbox"/> Masturbação (tocando você mesma) <input type="checkbox"/> Tribadismo sem troca de fluidos corporais (esfregar seu corpo no corpo da parceira) <input type="checkbox"/> Penetração com os dedos ou mão usando luvas cirúrgicas de látex ou camisinha masculina <input type="checkbox"/> Uso de vibradores ou dildos (consolos) individuais <input type="checkbox"/> Uso não compartilhado de agulhas, seringas e utensílios para mistura de drogas injetáveis ou realização de tatuagens e piercings <input type="checkbox"/> Uso não compartilhado de outros materiais perfurocortantes (facas, giletes, etc..) para práticas sadomasoquistas
 <p>PROVAVELMENTE SEGURO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Beijo francês (com saliva) <input type="checkbox"/> Sexo oral protegido com barreira <input type="checkbox"/> Fisting (penetração com a mão) usando luva ou camisinha masculina. <input type="checkbox"/> Sexo penetrativo com homens usando sempre camisinha com o espermicida nonoxynol-9*.
 <p>NÃO SEGURO / ARRISCADO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sexo oral desprotegido, especialmente durante a menstruação ou quando se está com problemas bucais ou dentários. <input type="checkbox"/> Sexo oral anal sem barreira de proteção <input type="checkbox"/> Contato desprotegido das mãos com a vagina ou o ânus, em especial se houver cortes/lesões nos dedos ou cutículas. <input type="checkbox"/> Uso de objetos sexuais compartilhados com outras parceira(s) <input type="checkbox"/> Uso compartilhado de agulhas, seringas e utensílios para mistura de drogas injetáveis ou realização de tatuagens e piercings. <input type="checkbox"/> Uso compartilhado de outros materiais perfurocortantes (facas, giletes, etc..) para práticas sadomasoquistas.

Figura 4: Informações sobre práticas sexuais de risco para lésbicas

Fonte: Cartilha Prazer sem Medo, lançada em 2001 pela ONG Um Outro Olhar¹⁷

Dentre as alterações propostas em resposta às vulnerabilidades individuais estão o aumento da frequência de consultas ginecológicas e a realização de exames preventivos, a não escovação dos dentes e/ou o uso de fio dental antes das relações sexuais, não aparar as cutículas, abstinência de relações sexuais durante a menstruação e atenção à prática de esfregação de uma vulva contra a outra, vista a dificuldade de se usar barreiras de proteção (ALMEIDA, 2009).

¹⁷ A cartilha está disponível em: http://www.umoutroolhar.com.br/publicacoes_cartilhapsm2.htm.

As *vulnerabilidades sociais* referem-se àqueles comportamentos característicos de determinados grupos que aumentariam sua vulnerabilidade, dentre eles: abuso de álcool, tabaco e drogas injetáveis, que aumentariam a probabilidade de práticas sexuais de risco devido às alterações provocadas, assim como a tendência à prostituição ocasional ou frequente para obtenção de drogas (ALMEIDA, 2009).

Estão presentes nos discursos sobre a possibilidade de infecção a dificuldade de negociação das barreiras e preservativos com as parceiras, preocupação com as práticas de higiene e o monitoramento dos sintomas de DST. As experiências de múltiplas violências seriam outros condicionantes das vulnerabilidades lésbicas à infecção por DST. Além da violência sexual, há a vivência de diversas situações de discriminação, preconceito e o constante menosprezo social que influenciariam a ausência de práticas de autocuidado e a presença de constante sentimento de débito em relação às expectativas sociais em torno das mulheres. A violência doméstica e familiar são outros condicionantes que levariam a pouca “autoestima”, devido às experiências de rejeição, exploração e maus tratos (ALMEIDA, 2009).

O desejo de engravidar consistiria em mais um condicionante das vulnerabilidades lésbicas, pois, devido à falta de acesso às técnicas de reprodução humana assistidas, essas mulheres recorreriam a práticas ditas “caseiras”, como inseminação de sêmen doado, relações sexuais com amigos ou desconhecidos, cujo único objetivo seria o de engravidar.

Em relação às profissionais de saúde, a vivência lésbica constituiria em uma ausência da vontade de reprodução, o que levaria a práticas pouco criteriosas para a realização de histerectomia e da ovariectomia (ALMEIDA, 2009).

Para finalizar, as *vulnerabilidades programáticas* referem-se aos serviços e programas de saúde, que não contemplam as lésbicas nas suas ações, à formulação de políticas de saúde para mulheres visando apenas a saúde reprodutiva, à ausência de pesquisas e às dificuldades estruturais próprias do SUS, como: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a falta de formação das profissionais. Na relação com as profissionais de saúde acrescenta-se mais um fator de vulnerabilidade, que é a tensão em torno da revelação ou não da identidade lésbica.

O cartaz da ONG feminista Curumim (2010), que trata da questão da saúde voltada às lésbicas como direito, ilustra a preocupação de uma usuária do serviço de saúde por ter que falar sobre sua prática sexual (Figura 5). A dificuldade e o medo em revelar suas

práticas sexuais com mulheres ou uma possível identidade lésbica está em estreita relação com o preconceito, ou melhor, o temor de ser alvo do preconceito por parte de quem recebe a informação, podendo afastá-las do serviço de saúde (FACCHINI; BARBOSA, 2009). Por outro lado, não dizer, levaria ao atendimento inadequado de suas necessidades.



Figura 5: Lésbica, Saúde e Direitos Humanos, da ONG feminista Curumin, de Recife (2010)

A necessidade de revelar as práticas sexuais ou a identidade sexual é, para os movimentos sociais lésbicos, uma importante estratégia de visibilidade (visto que propicia a confecção de dados estatísticos e boletins epidemiológicos – usados no planejamento das ações em saúde), pois gera a imprescindibilidade de atendimento adequado, que leve em consideração suas especificidades. De acordo com as demandas expressas pelos movimentos sociais e pelo governo, todos os documentos, fichas e prontuários em saúde devem possuir campos que identifiquem as usuárias de acordo com sua orientação sexual e/ou de identidade de gênero.

Diante do exposto até aqui, percebemos que, no movimento retroalimentado entre as três esferas – academia, movimentos sócias lésbicos, feministas e LGBT e governo federal –, os movimentos sociais lésbicos, subsidiados por questões e agendas políticas pautadas pela academia, tentam reivindicar e negociar a implementação de suas ações com o governo, como trazido pela *Carta das lésbicas e mulheres bissexuais presentes no VIII Congresso Brasileiro*

de Prevenção das DST/Aids e no I Congresso Brasileiro de Hepatites Virais (2010), a exemplo desta relação.

A carta tem como contexto principal a potencial inclusão de lésbicas como segmento vulnerável às DST/HIV. Para além desse tipo de inclusão, esse contexto possibilita, ainda, tratar da marginalidade perante os serviços de saúde de maneira mais ampla.

Começa apontando para o silenciamento das mulheres no início da epidemia – que era dita dos grupos de riscos HSH (Homens que fazem Sexo com Homens) –, situa a feminização da epidemia, e coloca a pergunta norteadora: “Seriam as lésbicas vulneráveis ao HIV?”

Para responder a esta pergunta, três tipos de vulnerabilidade são abordados: a *programática*, seja pelo preconceito, seja pela invisibilidade das lésbicas, uma vez que a ficha de notificação não contempla orientação sexual; a *social*, pelo estigma e violência; e a *individual*, pela falta de conhecimentos e falta de autocuidado.

É tudo isso somado o que leva as lésbicas a ficarem à margem dos serviços de saúde. Portanto, é necessário que sejam implantados programas de educação continuada que incluam dois aspectos: técnico e de atenção integral.

Seguem as reivindicações. Cinco delas retomam a temática do HIV/Aids; uma remete à atenção à saúde geral:

- a) implementação do Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST, tendo representantes lésbicas nesse processo para a garantia da sua implementação;
- b) execução da agenda afirmativa de lésbicas;
- c) inclusão do quesito orientação sexual nos sistemas de informações em vigilância para notificação do HIV, sífilis, hepatites virais e outras DST, para conhecimento da situação epidemiológica dessa população;
- d) produção de estudos de desenvolvimento de tecnologias para a criação de insumos de prevenção das DST/Aids nas relações sexuais entre mulheres;
- e) incentivo às pesquisas sobre a vivência lésbica e as relações com DST/HIV/Aids e hepatites virais;

f) inclusão no Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, com a abordagem da orientação sexual garantindo o recorte de lésbicas e bissexuais.

A saúde voltada às lésbicas pela via da saúde integral: o dossiê

Na seção anterior abordamos uma das vias de acesso às políticas públicas em que o movimento lésbico vem se estruturando e ganhando visibilidade, que é a das vulnerabilidades às DST. Porém, mais recentemente, outra via vem se constituindo, voltada às demandas por saúde integral. De acordo com Epstein (2003), isso só foi possível devido ao tratamento da aids com os retrovirais e a expansão da perspectiva de vida, o que levou o movimento LGBT a se preocupar com outras questões.

De forma breve, a integralidade é um conceito segundo o qual as pessoas deveriam ter acesso a ações não-fragmentadas dentro de um sistema de promoção, proteção e assistência à saúde (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002). O modelo de saúde integral foi trabalhado pelas feministas nos anos 1980 e incorporado ao SUS pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Para abordar este tema traremos o *Dossiê Saúde de Mulheres Lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*, um dos materiais mais completos que trabalham a questão da saúde voltada às lésbicas pela via da saúde integral, publicado em 2006 pela Rede Feminista de Saúde. Esse material é resultado de um amplo trabalho de pesquisa realizado por Regina Facchini e Regina Barbosa, tendo como colaboradoras: Lidiane Gonçalves, Fátima de Oliveira e Maria José de Oliveira Araújo.

O *Dossiê* é um amplo trabalho de sistematização dos resultados das pesquisas mais relevantes, nos cenários nacional e internacional, sobre o tema. O material também refere-se às políticas públicas e os atuais esforços governamentais quando da tentativa de promover a equidade no SUS, juntamente com as demandas trazidas pelos movimentos sociais lésbicos.

No decorrer dos seis capítulos, as autoras afirmam que a construção das lésbicas como pessoas que possuem direitos a cuidados diferenciados em saúde tem estimulado, em âmbito internacional, uma busca pelas especificidades de saúde desta população (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 11). Esta afirmação é substanciada com alguns apontamentos dos estudos internacionais sobre o assunto, apresentados no capítulo *Homossexualidade feminina e saúde: há especificidades?*.

De acordo com as pesquisas internacionais, há alguns fatores de risco para esse grupo, como o câncer de mama e colo de útero, apesar de as informações quanto a uma maior prevalência em relação às mulheres heterossexuais não terem sido confirmadas. Entre os fatores de risco que levariam ao surgimento do câncer de mama estão: maior consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, baixa frequência a exames preventivos, e nuliparidade (caso daquelas que nunca engravidaram). Sobre o câncer de colo de útero, as pesquisas mostram a possibilidade de infecção em relações sexuais entre mulheres. Outros fatores associados são tabagismo, início precoce da vida sexual e multiplicidade de parcerias masculinas.

Há, também, outras explicações sobre a vulnerabilidade das lésbicas aos dois tipos de cânceres. Em relação à não-detecção do câncer da mama – até bem recentemente a principal técnica para este fim era apenas o autoexame da mama –, a justificativa recai sobre o fato de que as lésbicas não possuem conhecimento sobre seu corpo, aliado à dificuldade em tocá-lo. Em relação ao câncer do colo uterino, é causado pelo vírus HPV, e pode ser detectado, principalmente, pelo exame Papanicolau, que consiste na retirada de células do colo do útero para análise laboratorial. Para isso é utilizado um espécuro, introduzido no canal da vagina, que permite a visualização do colo e a inserção da espátula que colherá o material. Contudo, a crença de que as lésbicas não gostam de práticas sexuais que envolvam penetração corroborou para a criação de outra crença: a de que elas não realizam o exame. Facchini e Barbosa (2009) afirmam, entretanto, que o exame é realizado com frequência menor.

Segundo o Dossiê, a baixa frequência de realização de exames preventivos pode se dar também pela menor indicação desses exames por parte das médicas, principalmente quando comparada às mulheres heterossexuais. A menor procura deve-se à experiência de discriminação, à falta de preparo das profissionais em lidar com as especificidades das lésbicas, à dificuldade em assumir a homossexualidade e à negação do risco (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Na história da saúde voltada às lésbicas nos EUA, o câncer de mama aparece como uma questão lésbica quando, em 1992, a pesquisa da Dr^a Suzanne Haynes, do *National Cancer Institute*, afirmou que as lésbicas tinham de duas a três vezes mais chances de terem câncer de mama que as mulheres heterossexuais, por terem menor número de filhos, consumir mais bebidas alcoólicas e por terem sobrepeso. Alguns repórteres e ativistas pegaram uma estatística popular que dizia que 1 entre 9 mulheres desenvolveria câncer de mama, e, usando as afirmações de Haynes, concluíram que 1 em cada 3 lésbicas desenvolveriam câncer de mama, tornando-se, assim, uma emergência de saúde voltada às

lésbicas. Na mesma época, o movimento de tratamento e prevenção do câncer de mama comemorava o aumento dos recursos federais para as pesquisas sobre o tema. Assim, as lésbicas “pegaram uma carona” no movimento do câncer de mama (EPSTEIN, 2003).

As pesquisas também mostram altos níveis de sofrimento psíquico e de violência física na família, no trabalho e em lugares públicos. Aparece com frequência nos relatos das pesquisas o uso abusivo álcool, tabaco e de drogas ilícitas, estando o abuso dessas substâncias associado à ansiedade, que, por sua vez, está relacionada ao medo e à expectativa de rejeição decorrentes da homofobia da sociedade.

Já a compilação dos estudos nacionais parecem focar mais nos fatores sociais e institucionais que podem levar as lésbicas a terem problemas de saúde do que nas especificidades relacionadas ao processo saúde/doença. Os estudos nacionais apontam para a violência na família, entre amigos, vizinhos e no trabalho, sendo as ocorrências mais frequentes entre as lésbicas (em comparação com os gays), e ocorrendo na esfera privada, que é menos visível.

A invisibilidade individual e social das lésbicas, além de reforçar as situações de preconceito, contribui para que as profissionais e os serviços de saúde não tenham informações adequadas para atendê-las, e, conseqüentemente, isso as faz agir de acordo com estereótipos disseminados. As mulheres, por sua vez, temendo ser discriminadas, se afastariam dos serviços de saúde ou resistiriam em relatar questões relacionadas à sexualidade (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

O preconceito é outro produtor de agravos à saúde, pois gera o estresse e isolamento tanto pela ocultação das práticas e desejos sexuais como pelo constante enfrentamento social contido na estratégia de “sair do armário”. As dificuldades decorrentes do preconceito e seus efeitos geram maior propensão ao abuso de quaisquer substâncias lícitas ou ilícitas. Os problemas afetivos, abordados pela pesquisa como “romantismo exacerbado”, seriam geradores de um sentimento intenso de vazio e de distúrbios de imagem corporal, como obesidade e bulimia. Esse mesmo romantismo é usado para justificar as atitudes violentas feitas em seu nome entre os casais lésbicos (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Em relação à saúde sexual e reprodutiva, quanto ao acesso aos serviços de saúde, as pesquisas brasileiras mostram que entre 3 e 7% nunca acessaram os serviços ginecológicos, e de 13 a 70% não acessam os serviços ginecológicos anualmente, sendo que a metade,

aproximadamente, não revela sua orientação sexual. Há relatos de preconceito após a revelação da orientação sexual. Por exemplo:

Em outro estudo, 59,5% relataram sua orientação sexual ao profissional de saúde: 88,6% delas por iniciativa da paciente e 5,1% a partir de abordagem do médico. Destas, 18,3% relataram reação preconceituosa por parte do profissional; 7,9%, demonstração de surpresa; e 15,3%, alguma "situação desagradável" após o relato. Entre as que não relataram, 30,6% saíram do consultório com receita de contraceptivo; 19,4% com indicação de preservativo masculino; 3,2% com indicação de teste de gravidez e 4,8% tiveram hipótese diagnóstica associada a gravidez, ou seja, 58% foram avaliadas e receberam condutas como se tivessem orientação heterossexual, embora a maior parte delas praticasse sexo exclusivamente com mulheres (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 26).

Os dados sobre a população em idade reprodutiva que nunca realizou exames preventivos de câncer de colo uterino variam entre 13,8% e 18% e 87% o realizou nos últimos três anos.

Em relação às DST, todas as mulheres diagnosticadas com alguma DST ou citologia oncótica alterada relataram relações sexuais com homens em algum momento da vida e a consulta regular (anual) ao ginecologista foi o único fator de proteção ao risco de ter alguma DST. Poucas entrevistadas relataram acesso a informações sobre DST/Aids, e para elas o uso de insumos como barreiras e luvas foram relatados como inviáveis no uso cotidiano

Diante das dificuldades relatadas no Dossiê, o capítulo *Demandas e propostas apontadas nos Estudos e Movimentos Sociais* listava as seguintes demandas e propostas de melhoria na atenção à saúde desta população: conhecimento do tamanho da população e das demandas no campo da saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos; incentivo às pesquisas; articulação de várias atores, especialmente em âmbito local, em torno do tema da saúde voltada às lésbicas; combate à discriminação; treinamento das profissionais para lidar com a diversidade sexual; realização de campanhas de massa visando reduzir o preconceito e reafirmar direitos; apoio a ações do movimento lésbico e movimento feminista; avanço na legislação, coibindo a discriminação e a violência homofóbica, e o reconhecimento das uniões homoafetivas.

3.3 - Sobre a intersecção entre academia, movimentos sociais e esferas governamentais

Na história sobre a saúde voltada às lésbicas, temos o crescente número de documentos que tratam do assunto, e observamos a interação de algumas pessoas nas três esferas: governo, movimentos sociais organizados (lésbicos, feministas e LGBT) e academia. Nesta seção daremos ênfase a algumas actantes, seus efeitos e interações na rede que tem se formado em relação às políticas de saúde voltadas às lésbicas, como mostra a Figura 1.

Em 2004, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), o ginecologista Valdir Pinto defendeu a dissertação de mestrado em Epidemiologia, intitulada *Aspectos Epidemiológicos das DST em mulheres que fazem sexo com mulheres*. Até hoje, este foi o único estudo clínico com a população em questão. Em 2007, Valdir Pinto participou, juntamente com Lidianne Gonçalves (nossa entrevistada), da confecção do *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST*. O médico até 2008¹⁸ atuou como chefe da Unidade de DST/AIDS do então PN DST/AIDS.

No ano seguinte, 2005, G. Almeida defendeu a tese *Da invisibilidade à vulnerabilidade: percurso do corpo lésbico na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e Aids*, pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), uma das primeiras produções acadêmicas sobre o tema no Brasil. Almeida é graduado em Serviço Social e doutor em Saúde Coletiva, com inserções nos movimentos lésbico e negro, e atualmente é professor da UFF. Em 2009, quatro anos após a defesa, publicou na revista *Physis*, o artigo *Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas*.

Sua atuação não termina aqui. Em 2007 participou do *Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT na construção do SUS*, organizado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde (SGEP/MS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS) na mesa do painel 2: *Reconhecendo as demandas da população GLBTT*, com a fala: *Demandas de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais*. Ao final do referido painel houve a apresentação das conclusões dos trabalhos de grupo sobre as *demandas e necessidades em saúde das pessoas LBTT*, que por sua vez foi coordenado por Tatiana Lionço (nossa entrevistada), na época coordenadora do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT.

¹⁸ Não temos informações se Valdir Pinto permaneceu no governo federal após 2008.

O evento, segundo Simone Silva, enfermeira e gestora da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social da SGE/MS, teve grande importância na elaboração da *Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT*, pois as demandas que compõem o documento advieram dos resultados do seminário.

G. Almeida participou, em 2010, da banca de defesa de mestrado de Ana Paula Melo, cuja dissertação, intitulada *Mulher, Mulher e Outras Mulheres: gênero e homossexualidade(s) no PSF*, foi defendida no IMS/UERJ. Em 2011, foi membro da banca de mestrado de Cintia Carvalho, do Departamento de Psicologia Clínica da PUC/RJ, cujo título foi: *Entre direitos, não-ditos e interditos: saúde sexual de mulheres jovens com práticas afetivo-sexuais com mulheres*.

Em outubro de 2010, juntamente com Tatiana Lionço, então professora de Psicologia da Faculdade de Ciências de Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília (Uniceub), coordenou o grupo de trabalho sobre saúde no *8º Encontro Nacional Universitário da Diversidade Sexual (ENUDES)*, em Campinas-SP. Dois dos sete trabalhos aprovados no grupo referiam-se a questões de saúde voltadas às lésbicas, sendo o primeiro de Julliana Luiz Rodrigues, da Faculdade de Saúde Pública da USP, intitulado *Mulheres lésbicas e bissexuais: discursos de prevenção às DST/Aids e a perspectiva de gênero*, e o segundo, de autoria de Fernanda Calderaro, da PUC-SP, que tinha por título *Nunca na história desse país: políticas públicas de saúde lésbica no governo Lula*.

Um pouco antes, em agosto de 2010, Tatiana Lionço, juntamente com Paula Sandrini, coordenou o grupo de trabalho *Gênero e saúde coletiva: direitos, tecnologias e dispositivos assistenciais* no *9º Seminário Internacional Fazendo Gênero*, organizado pela Universidade Federal de Santa Catarina. Vários foram os trabalhos apresentados que tinham como tema principal a saúde da população LGBT. Contudo, apenas dois dos 24 trabalhos aprovados referiam-se à saúde voltada às lésbicas: o de Cintia Carvalho, intitulado *A produção do estatuto da homossexualidade: atravessamentos ideológicos e políticas públicas de saúde*, e o de Fernanda Calderaro, *Repertórios sobre saúde lésbica: responsabilidade e governamentalidade em publicações do Medline*. No mesmo evento, outros trabalhos sobre o tema da saúde voltada às lésbicas foram apresentados, como o de Julliana Luiz Rodrigues sobre *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais*, e o de Janaina Marina Rossi sobre *Saúde mental das mulheres lésbicas: desafios para a psicologia*, ambos apresentados no Grupo de Trabalho (GT) *A saúde como diversidade: gênero nas políticas públicas*.

Voltando um pouco no tempo, em 2007, em Brasília, no *Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT na construção do SUS* (já mencionado anteriormente), participou da mesa do painel 2: *Reconhecendo as demandas da população GLBTT*, juntamente com G. Almeida e Tatiana Lionço, a antropóloga e doutora em Ciências Sociais pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas (IFCH/Unicamp) Regina Facchini, com a fala intitulada *A questão da violência e dos processos discriminatórios: pesquisas em paradas de orgulho GLBTT*. De acordo com Simione Silva (nossa entrevistada), durante o seminário Regina Facchini também representava, além da universidade, um coletivo de bissexuais que pouco depois do evento acabou se desarticulando.

Regina Facchini tem grande produção acadêmica voltada aos estudos de gênero e diversidade sexual. Em 2005 lançou o livro *Sopa de letrinhas? – Movimento Homossexual e Produção de Identidades Coletivas nos anos 90*, e, no mesmo ano, publicou o artigo *Mulheres, homossexualidade e saúde: visibilizando demandas e caminhos*.

Em 2006, juntamente com Regina Maria Barbosa¹⁹ e com a colaboração de Lidiane Gonçalves, entre outras, publicou, pela Rede Feminista de Saúde, o dossiê *Saúde das Mulheres Lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*, considerado uma das mais completas publicações brasileiras sobre o tema (trabalhado na seção anterior deste trabalho). A Rede Feminista de Saúde articula nacionalmente ONG, redes e fóruns de mulheres que possam ter o enfoque feminista voltado para a área da saúde. Assim, a referida publicação reflete a imbricação entre movimentos sociais, academia e governo, e a interação das actantes nas três esferas.

Outra articulação realizada pela antropóloga foi com o então PN DST/AIDS, do MS, em que participou, novamente com Lidiane Gonçalves e Irina Bacci, do projeto *Chegou a hora de cuidar da saúde*, sobre saúde voltada às mulheres lésbicas e bissexuais²⁰. Porém, de acordo com a história contada por Lidiane Gonçalves, em entrevista por nós realizada para esta pesquisa, Regina Facchini não participou do projeto até o final; sua saída se deu para terminar o doutoramento, defendido em 2008, sob o título *Entre umas e outras: Mulheres, (homo)sexualidade e diferenças na cidade de São Paulo*.

¹⁹ Regina Maria Barbosa é pesquisadora/coordenadora do Núcleo de Estudos de População da Unicamp e trabalha no Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo.

²⁰ Detalharemos mais adiante este projeto.

Com Regina Maria Barbosa, em 2009, Regina Facchini publicou o artigo *Acesso aos cuidados relativos à saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres*. A própria Regina Barbosa, em 2006, publicou o artigo *Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas*.

Irina Bacci é outra atriz da rede formada em torno da saúde voltada às lésbicas. Já mencionamos sua participação no projeto do PN DST/AIDS, *Chegou a hora de cuidar da saúde*, juntamente com Lidiane Gonçalves, Regina Facchini, entre outras técnicas não citadas. Irina Bacci é fisioterapeuta e especialista em administração de sistemas de saúde, bastante conhecida por sua atuação nos movimentos sociais de lésbicas. Atualmente, coordena o Centro de Referência da Diversidade Sexual da Prefeitura de São Paulo, participa da Associação Brasileira de Lésbicas (ABL) e da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais (ABGLT), da qual é secretária geral, que, por sua vez, é filiada a International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association – América Latina e do Caribe (ILGA LAC), que, no final do mês de novembro de 2010, lançou, via internet, em email assinado pela atriz em questão, uma pesquisa sobre saúde voltada às lésbicas na América do Sul e Caribe. Desta forma, Irina está atuando ou já atuou junto aos governos federal e estadual, na academia e nos movimentos sociais LGBT.

Movimento semelhante ao de Irina e de outras várias atrizes aqui citadas foi o de Ana Paula Portella, reconhecida feminista que atuou na ONG *SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia de Recife*. Em 2007, ela participou, como consultora técnica do MS, da elaboração da *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e jovens*, que aborda, entre outros assuntos, a maneira como profissionais de saúde devem lidar com as lésbicas vítimas de violência.

Em 2009, Ana Paula Portella, como doutoranda de sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), juntamente com Veronica Ferreira, da ONG *SOS Corpo*, coordenou a pesquisa *Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS*. O resultado da pesquisa foi divulgado no seminário *Saúde Lésbica no SUS*, realizado pelo *SOS Corpo* em parceria com a ONG *LUAS*, de Recife, e, posteriormente, a pesquisa contou com a publicação da síntese intitulada *Lésbicas, Sexualidade e Saúde*. A pesquisa, o evento de divulgação e a publicação contaram com o apoio técnico-financeiro do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Novamente temos, neste caso, a interação entre governo (federal), academia e movimentos sociais lésbicos e feministas.

A rede a qual estamos nos referindo é imensa, e aqui mencionamos apenas uma parte²¹. Porém, é importante pensarmos que a parte não mencionada, ou sobre a qual não tivemos controle também produz seus efeitos nas outras partes da rede. Esperamos, entretanto, ter mostrado, pelo menos em parte, o conjunto de actantes afetando umas as outras, incorporadas em uma grande rede que as fazem atuar.

As relações de poderes presentes nessa rede circulam em estreita associação com os saberes (FOUCAULT, 1988). Sobre o saber científico, a partir dos anos 2000, intensificaram as publicações sobre o tema. Acompanhando o movimento científico, o Brasil lança uma série de publicações governamentais, planos, programas, normas técnicas, entre outros documentos. O governo federal, por meio da SDH, tem incentivado a produção de conhecimento e, entre 2004 e 2010, com apoio técnico-financeiro, promoveu a criação 10 Núcleos de Pesquisa e Promoção da Cidadania LGBT em universidades federais. Como um dos efeitos da rede em torno da saúde voltada às lésbicas levantamos que, até 2010, sete pesquisas – entre graduação, mestrado e doutorado – estavam em andamento, ou recém-finalizadas, distribuídas pelas regiões Sul, Sudeste e Nordeste.

As ações em pesquisa, por exemplo, criam novas conexões desta rede. Em janeiro de 2010, durante a 5ª Conferência Regional da ILGA-LAC, em Curitiba, foi criada a *Rede de Lésbicas Pesquisadoras*, inicialmente com participação do Brasil, México e Venezuela, com o objetivo de estimular as produções científicas, visando a desconstrução de conceitos/ideologias heterossexistas, patriarcais, capitalistas, racistas e lesbofóbicas. A criação dessa rede parece ser um esforço de reunir e visibilizar a lesbianidade em vários espaços, inclusive no acadêmico, ao mesmo tempo em que parece criar um espaço restrito, próximo de um gueto, em que pesquisadoras que não tenham uma identidade lésbica ficariam excluídas, mesmo realizando pesquisas condizentes com o objetivo da Rede.

Pelo que temos acompanhado ao longo de 2010 e 2011, a *Rede de Lésbicas Pesquisadoras* tem feito circular informações sobre editais e chamadas de artigos, sem promover discussões sobre quaisquer temas. Ainda assim parece uma boa iniciativa de troca de informações entre mulheres da América Latina e Caribe.

Por fim, buscamos ilustrar como diversas inscrições de poder – artigos acadêmicos, participações em eventos, publicações, programas, planos e normas – movem-se,

²¹ As atividades, publicações e participações citadas referem-se aos resultados obtidos durante o processo de levantamento da história que estamos contando neste trabalho, e não à totalidade de trabalhos realizados pelas atrizes da rede social a qual nos referimos.

gerando novas articulações, conexões e relações que têm levado a um aumento quantitativo não só de ações voltadas à saúde de lésbicas (como elaboração de políticas públicas, as criações de núcleos pesquisas, pesquisas, publicações), mas, também, propiciado o fortalecimento de relações de pessoas e instituições que estão trabalhando neste tema.

4 - A ATENÇÃO À SAÚDE DE LÉSBICAS EM PROGRAMAS E PROPOSTAS GOVERNAMENTAIS

O objetivo do presente capítulo é analisar documentos de domínio público de responsabilidade do governo federal, verificando como as lésbicas neles aparecem, ao tentar reverter um quadro histórico de invisibilidade nas ações governamentais. Tais documentos não trazem apenas as decisões governamentais, mas, também, muitas e várias decisões de outras actantes – no nosso caso os movimentos sociais lésbicos, feministas, LGBT e academia –, que, em sua interação, preparam e dão forma, até que sejam concluídos/publicados.

Os documentos foram escolhidos e agrupados de acordo com a temática geral trabalhada: políticas voltadas à saúde integral de mulheres; políticas relacionadas às DST/AIDS; políticas voltadas à promoção da cidadania LGBT e políticas voltadas à saúde LGBT.

Primeiramente, apresentaremos o material analisado, e, em seguida, focaremos as questões que envolvem a saúde voltada às lésbicas. Por meio da análise de repertórios, verificaremos como os argumentos sobre a necessidade de atenção especial aparecem, desaparecem ou se transformam no transcorrer do tempo e/ou da origem do documento.

Esses argumentos em torno da saúde servem para construir, além de demandas em torno da saúde, um modelo de atenção em saúde para esta população e um modelo do que é ser lésbica. Abordaremos estes assuntos na última seção deste capítulo (*Como a atenção à saúde voltada às lésbicas é pautada?*) a partir de quatro problemáticas: modelo de atenção proposto no material analisado, aprimoramento da atenção, problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde e, por fim, as “especificidades” relacionadas ao processo saúde/doença.

4.1 - Políticas voltadas à saúde integral de mulheres

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004 -2007)

A *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, publicada em 2007 pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, está dividida em duas partes: Princípios e Diretrizes e Plano de Ação. Em sua primeira parte (Princípios e Diretrizes), reconhece as demandas trazidas pelo *V Seminário Nacional de Lésbica (Senale)* realizado em

2003, destacando a presunção da heterossexualidade por parte das profissionais de saúde e a necessidade de capacitação destas; a necessidade de informações sobre câncer de colo uterino e mama, que não são doenças que acometem apenas mulheres heterossexuais; a vulnerabilidade às DST e aids para as lésbicas profissionais do sexo; a inclusão de lésbicas entre as beneficiadas do SUS para a inseminação assistida e, por fim, a violência intrafamiliar e a violência sexual, principalmente entre jovens (BRASIL, 2007a).

O texto traz algumas sutilezas semânticas que podem indicar dissonâncias com outros documentos governamentais e com as produções dos movimentos sociais. A primeira delas refere-se ao reconhecimento da vulnerabilidade às DST/Aids somente entre as lésbicas profissionais do sexo, devido à quantidade de parcerias sexuais. Esse aspecto contrasta com os demais documentos citados nesta dissertação, que associavam a vulnerabilidade às práticas sexuais realizadas entre mulheres, independentemente de serem ou não profissionais do sexo. A questão, posta desta forma, parece não reconhecer a vulnerabilidade às DST/Aids das lésbicas que não são profissionais do sexo, ao mesmo tempo em que afirma se tratar de um grupo que tem poucas parcerias sexuais, sugerindo, ainda, que o sexo com homens é que as coloca em situação de risco.

Outro contraste refere-se ao câncer de mama e de colo uterino, com a demanda por informações de que estas não seriam patologias exclusivamente de heterossexuais, e, assim, mulheres homossexuais deveriam ser incentivadas a buscar formas de cuidado. Os demais documentos citados nesta dissertação abordam a questão pela prevalência de casos em que as lésbicas estariam mais propensas aos cânceres de mama e útero, devido às suas práticas sociais e sexuais.

Mais um ponto de destaque na *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* é a explicitação do problema da violência intrafamiliar e sexual vivida por adolescentes lésbicas. Os demais documentos analisados não tratam dos dois temas em conjunto, como demanda exclusiva dessa faixa etária.

Constatamos que, embora os Princípios e Diretrizes da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* tragam um capítulo específico sobre *Saúde de mulheres lésbicas*, do qual fizemos acima um breve resumo, o Plano de Ação (BRASIL, 2004b) não traz qualquer proposta de ação nesta área, contradizendo a preocupação inicial explicitada em seus princípios e diretrizes. As lésbicas foram esquecidas ou não contempladas em suas demandas, o que reflete a dificuldade em garantir a concretização de suas próprias.

Plano Nacional de Políticas para as Mulheres I e II (2005 - 2008)

O *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres I* (PNPM) foi lançado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM) em 2005. A SPM foi criada em 2003, durante a primeira gestão do governo Lula, com *status* de ministério, com o objetivo de coordenar, formular e articular as políticas que promovam a igualdade entre homens e mulheres (BRASIL, 2005b).

Este documento orienta-se por 8 pontos fundamentais: igualdade e respeito à diversidade; equidade; autonomia das mulheres; laicidade do Estado; universalidade das políticas; justiça social; transparência dos atos públicos e participação e controle social. Contém 199 ações, divididas em 26 ações prioritárias, e separadas em 4 linhas de atuação, a saber: *Autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; Educação inclusiva e não sexista; Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos* e, por fim, *Enfrentamento da violência contra as mulheres*. Vale ressaltar que nosso foco de análise principal será na linha 3, destinada ao tema da saúde.

O PNPM I é resultado da 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres que mobilizou aproximadamente 120 mil participantes. A participação das mulheres nos espaços foi destacada pela frase no final da página 9 do Plano: *O maior acesso e a participação das mulheres nos espaços de poder são instrumentos essenciais para democratizar o Estado e a sociedade*. É ao falar da participação que a palavra *lésbicas* foi mencionada uma única vez em todo o documento. No PNPM II, a participação das mulheres nos espaços de poder é enfatizada com um capítulo específico destinado ao tema e intitulado *Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão*. De acordo com o documento, a participação é uma ação transformadora das estruturas de poder, das instituições, da cultura, gerando novas relações sociais (BRASIL, 2008g).

Na apresentação do documento nos chamou a atenção as frases dispostas em destaque no final da página: *Afirmar as diferenças para promover a igualdade* (BRASIL, 2005b, p. 6). A afirmação da diferença por meio da orientação sexual parece não ter ressonância nas ações propostas pelo documento, visto que a palavra *orientação sexual* só aparece nas Linhas 2 e 3: *Educação inclusiva e não-sexista* e *Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos*. Na Linha 3, destinada à área da saúde, o vetor de orientação sexual aparece apenas na ação prioritária número 1:

estimular a implantação, na Atenção Integral à Saúde da Mulher, de ações que atendam as necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases de seu ciclo vital, abrangendo as mulheres negras, as com deficiência, as índias, as encarceradas, as trabalhadoras rurais e urbanas e as de diferentes orientações sexuais, contemplando questões ligadas às relações de gênero (BRASIL, 2005b, p. 18).

A ação, todavia, não menciona quais seriam as necessidades específicas de cada grupo. As demais ações da Linha 3 não trazem a orientação sexual como um marcador de diferença entre as mulheres, mencionando apenas, em muitas das ações, a perspectiva de gênero, raça, etnia, ou, então, equidade e estereótipos de gênero. Não estamos afirmando que a palavra *gênero* foi usada em substituição ou como sinônima à *orientação sexual*, apenas estamos constatando a ausência explícita do vetor *orientação sexual*, *diversidade sexual*, *sexualidade* ou *práticas sexuais* no texto do referido Plano.

Outra questão que emerge no texto refere-se ao objetivo 12 (sobre a produção de dados e indicadores que servirão de subsídio para as políticas públicas), no qual a orientação sexual também não aparece, mesmo esta sendo parte das reivindicações mais antigas dos movimentos sociais de lésbicas em relação à saúde.

12. a elaboração e divulgação de indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a população afro-descendente e indígena, como subsídios para a formulação e implementação de políticas públicas de saúde, previdência social, trabalho, educação e cultura, que levem em consideração a realidade urbana e rural; (BRASIL, 2005b, p. 11).

Ao pensarmos a invisibilidade dos termos *orientação sexual*, *diversidade sexual* ou de *práticas sexuais* no PNPM I, usando a frase da apresentação do Plano em que é preciso *Afirmar as diferenças para promover a igualdade*, parece-nos que a diferença pautada pela orientação sexual não-evidenciada poderia comprometer a promoção da igualdade proposta pelo documento.

O *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres II* foi lançado em 2008 pela SPM e aprovado na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Trata-se de um documento mais elaborado que o primeiro, que inclui novas áreas temáticas e um plano de ação mais detalhado, especificando prazos, produtos, órgão responsável pela execução da ação e parcerias possíveis. Além de temas como trabalho, violência, educação e saúde, já trabalhadas no PNPM I, a segunda versão traz outros, como: cultura, desenvolvimento sustentável, participação das mulheres nos espaços de poder e decisão, direito à terra e moradia digna, enfrentamento das desigualdades geracionais, enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia.

Novamente destacamos que nosso foco de análise está no capítulo 3 do PNPM II, que refere-se à *Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos*. Nesse capítulo são trabalhadas 10 prioridades, sendo que apenas uma, o item 3.8, destaca a orientação sexual como geradora de especificidades de saúde, embora não mencione quais seriam as especificidades de tais grupos.

3.8 Estimular a implantação da Atenção Integral à Saúde das Mulheres, por meio do enfrentamento das discriminações e do atendimento às especificidades étnico-raciais, geracionais, regionais, de orientação sexual, e das mulheres com deficiência, do campo e da floresta e em situação de rua; (BRASIL, 2008g, p. 78)

A prioridade 3.8 difere da ação proposta no PNPM I, fazendo menção ao enfrentamento das discriminações concernentes aos vários marcadores, entre eles, o de orientação sexual, ao mesmo tempo em que reconhece a discriminação como um fator determinante da saúde, que é trabalhado de forma mais enfática no capítulo referente ao *Combate de todas as formas de violência contra as mulheres*, no qual encontramos ações destinadas ao enfrentamento e superação do racismo, sexismo e lesbofobia.

Já o plano de ação para esta prioridade conta com 14 ações, nas quais, nenhuma entre elas, traz a palavra *orientação sexual*. Entretanto, três ações mencionam as palavras *lésbicas* e *mulheres bissexuais*. A ação 3.8.9 concerne à necessidade de capacitação das profissionais de saúde para atender às especificidades da área voltadas às lésbicas e bissexuais, tendo como parcerias para a execução a SDH, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as universidades.

A ação 3.8.13 propõe a confecção de materiais a respeito do direito à saúde de mulheres negras, quilombolas, indígenas, ciganas, população do campo e da floresta, lésbicas e bissexuais. Já a última ação, destinada às lésbicas na área da saúde (3.8.11), refere-se à elaboração e distribuição de Diretrizes Estratégicas sobre a Atenção à Saúde de lésbicas e bissexuais, tendo como parceiras a SPM, Sepir, SDH, universidades, sociedades científicas, movimentos feministas, movimento de mulheres, de lésbicas, bissexuais e de transexuais. Até o momento não temos conhecimento de que tal material tenha sido elaborado.

Ao contrário do PNPM I, o II traz ações específicas para as lésbicas, reconhecendo a orientação sexual ou as práticas sexuais como vetores determinantes de saúde. Essas alterações podem ser entendidas a partir de uma multiplicidade de fatores, como a

inserção de lésbicas e feministas junto ao governo, a visibilidade das demandas dos movimentos sociais de lésbicas, maior participação nos espaços deliberativos das ações governamentais e possível abertura das gestões públicas para trabalhar com o tema.

4.2 - Políticas relacionadas às DST/AIDS

Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (2007)

O *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST*, lançado em 2007 pelo MS, sob responsabilidade do então PN DST/AIDS, em parceria com a SPM, é uma resposta à crescente infecção das mulheres, demonstrada no Plano por meio da redução da proporção de notificações de infecção entre homens e mulheres.

No Brasil, do total de casos notificados até junho de 2006, 67,2% foram do sexo masculino (290.917 casos) e 32,8% do feminino (142.138 casos) e, em 2003, a taxa de incidência foi de 25,4 por 100.000 hab. entre homens e 16,1 por 100.000 hab. entre mulheres. A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2005. (BRASIL, 2007b, p. 8).

Juntamente com a feminização da Aids outros aspectos apareceram agregados à epidemia, como a interiorização, a pauperização e o grau de escolaridade. Essas questões são justificadas e potencializadas por um complexo quadro de vulnerabilidades, como: a desigualdade de gênero, racismo, violência sexual e doméstica, estigma e violação de DH, pouco reconhecimento e violação de DH de jovens, DST e uso de drogas. (BRASIL, 2007a).

Diante da complexidade dessas vulnerabilidades, as ações estratégicas para o enfrentamento da feminização da aids e DST tentam trabalhar, mesmo que minimamente, questões voltadas à saúde integral. Sem determo-nos ao conteúdo de cada ação do Plano, estas se referem a: saúde mental; parcerias entre setores governamentais, não-governamentais e sociedade científica; monitoramento das ações nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal); capacitação das profissionais de saúde; interlocução com outros programas governamentais; integração entre as redes de saúde, segurança, assistência social e justiça; enfrentamento da violência contra a mulher e informações sobre câncer ginecológico.

Uma ação que nos chamou a atenção foi a que diz respeito ao “estabelecimento de mecanismos que incluam os quesitos raça/cor/etnia na implementação do Plano”, excluindo o quesito orientação sexual e não corroborando com as demandas dos movimentos sociais, que veem essa questão como um dos pontos principais de suas agendas, visto que a falta de dados estatísticos e a ausência em boletins epidemiológicos foram – principalmente na década de 1990 no Brasil – e ainda são utilizados, como justificativas para a ausência das lésbicas das ações governamentais, que visavam a prevenção às DST/HIV/Aids e à assistência a pessoas que viviam com HIV. (BRASIL, 2007b, p. 25).

Em 2009 é lançada uma versão revisada do Plano, para cobrir algumas lacunas e atender novas demandas de alguns grupos, incluindo as agendas afirmativas de grupos de mulheres como as lésbicas (e MSM), prostitutas e transexuais. De acordo com o documento, esta é uma construção participativa – fruto da articulação intersetorial e com a sociedade civil, tendo como marco os direitos sexuais e os direitos reprodutivos –, que contou com oficinas regionais, grupos de trabalhos intersetoriais do MS e encontros com as redes sociais para a elaboração das *Agendas Afirmativas*. (BRASIL, 2009c).

A Agenda Afirmativa de lésbicas e mulheres bissexuais

A *Agenda Afirmativa* é um conjunto de recomendações específicas. Como já mencionamos, o Plano traz as agendas afirmativas de grupos de mulheres: mulheres e adolescentes vivendo com HIV/Aids, prostitutas e mulheres que vivem a transexualidade e lésbicas e bissexuais. De forma sucinta, a *Agenda Afirmativa* das lésbicas traz um breve contexto das vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres e, por fim, 11 ações estratégicas para enfrentá-las.

No contexto das vulnerabilidades presentes na vivência da lesbianidade, de acordo com o Plano a invisibilidade e o modelo heterossexual, como “norma social”, produzem e reforçam preconceitos, proporcionando a escassez de insumos que visem à promoção da saúde dessas mulheres e reproduzindo no cuidado e na atenção à saúde o modelo heterossexual, muitas vezes tendo a gravidez ou o risco dela como focos de trabalho. Entretanto, não orienta as mulheres para o exercício de uma sexualidade autônoma, segura e protegida (BRASIL, 2009c).

Os preconceitos e estigmas dificultam o acesso das lésbicas aos serviços de saúde pelo temor em não serem compreendidas pelas profissionais da área, o que contribui para o

desconhecimento do próprio corpo e, conseqüentemente, para a pouca adesão às práticas de autocuidado – atitude essa fundamental para a prevenção de DST/HIV/Aids, assim como dos cânceres ginecológicos (BRASIL, 2009c). O tema do autocuidado é uma novidade nos documentos governamentais.

A discriminação e outras tantas formas de violências e violações dos direitos humanos vivenciadas geram sofrimentos psíquicos e fazem com que as lésbicas não se reconheçam como sujeitos de direitos, perdendo o direito ao exercício da cidadania plena (BRASIL, 2009c). O Plano traz a temática de cidadania plena associada à ideia de acesso a direitos que constituem uma rede mínima de proteção contra o tratamento degradante a que estão expostas. A aparição do tema em documentos governamentais é recente, 2009, e raramente ocorre em publicações dos movimentos sociais de lésbicas.

Vimos que o contexto de vulnerabilidades vivenciado por lésbicas, como colocado pelo *Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST*, segue uma tendência nacional, não trazendo a questão do uso de drogas injetáveis. Da mesma forma não encontramos menções ao uso ou abuso de substâncias ilícitas, prostituição, reprodução e hepatites virais como fatores potencializadores das vulnerabilidades. O tema da reprodução e das hepatites virais só aparecerão nas ações estratégicas do Plano.

Diante do cenário de vulnerabilidades apresentado pelo Plano, são indicadas 11 ações estratégicas. A primeira delas refere-se à desmistificação da crença de não-vulnerabilidade as DST/HIV/Aids e ao incentivo à produção de conhecimento sobre as questões de saúde voltadas às lésbicas em relação as DST/HIV/Aids e hepatites virais (BRASIL, 2009c).

A segunda ação refere-se à produção e o desenvolvimento de insumos específicos de prevenção as DST/HIV/Aids. As hepatites virais não aparecem no rol de doenças a serem prevenidas pelos insumos.

Em seguida, é proposta a inclusão da variável orientação sexual e identidade de gênero nos formulários oficiais da rede de serviços de saúde, principalmente os relacionados aos cânceres ginecológicos e DST. Como já mencionamos anteriormente, esta ação responde a uma demanda importante para os movimentos sociais de lésbicas que enfatizam a necessidade de se contabilizar os casos de DST/HIV/Aids e hepatites virais e outras doenças nessa população.

A reprodução assistida pelo SUS é outra demanda da Agenda, com a ressalva de realização dos procedimentos independentemente da situação de conjugalidade. A observação da realização de procedimentos de maneira independente da situação conjugal é uma novidade nos documentos e publicações destinados à saúde voltada às lésbicas.

Fazem parte das ações propostas pela Agenda a qualificação dos serviços de saúde, incluindo atenção às especificidades lésbicas, assim como a inclusão na educação permanente das profissionais de saúde de temas relacionados à orientação sexual e gênero. (BRASIL, 2009c).

O tema das violências constitui a Agenda, e o enfrentamento da lesbofobia seria uma maneira de promoção da saúde. Assim, faz-se necessário a capacitação da rede de atendimento à mulher vítima de violência, com os recortes de identidade gênero e orientação sexual e a implementação da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2009c).

Para finalizar, o Plano é tímido em relação à execução das ações de promoção à saúde, de saúde integral e transversalidade, mesmo contando com a SPM para sua elaboração. Entretanto, se propõe a trabalhar/combater as questões relacionadas à heterossexualidade compulsória, que, ao nosso ver, é a principal questão da especificidade de saúde voltada às lésbicas.

4.3 - Políticas voltadas à promoção da cidadania LGBT

Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual (2004)

Em dezembro de 2003, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação²² reuniu-se durante dois dias consecutivos, juntamente com representantes do movimento LGBT de todo o país, para elaborar o Programa *Brasil sem Homofobia*, que consiste em diversas ações de combate à violência e à promoção de direitos humanos nas áreas de saúde, cultura, educação, segurança, trabalho e juventude, cujo objetivo principal é a equiparação de direitos e o combate à violência e à discriminação homofóbica. Em 2004, o programa foi

²² O Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) foi criado em 2001, por meio do decreto nº 3.952 de 4 de outubro de 2001, como um órgão colegiado integrante da estrutura do Ministério da Justiça cujo objetivo era combater a discriminação de indivíduos e grupos sociais afetados pela discriminação racial e demais formas de intolerância. Em 2005, o decreto de nº 5.397 de 22 de março de 2005, fez a recomposição do CNCD como integrante da então Secretaria Especial de Direitos Humanos.

lançado, em uma parceria entre o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e o Ministério da Saúde.

A saúde está garantida no item VI do programa, intitulado *Direito à Saúde: consolidando um atendimento e tratamentos iguais*. De acordo com Almeida (2005), o item é o mais sofisticado e contou com a participação de técnicas do Ministério da Saúde. Consiste em 3 ações (24, 25 e 26). A primeira refere-se à formalização do Comitê Técnico de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (GLTB)²³, que tem como objetivo a estruturação da Política Nacional de Saúde para a população em questão. Essa ação também propõe uma agenda temática ao Comitê composta por 7 pautas, a saber: a) saúde da mulher lésbica em toda fase da vida; b) homossexuais vítimas de violência, inclusive violência sexual; c) homossexuais privadas de liberdade; d) promoção da saúde por meio de ações educativas; e) participação dos movimentos e usuáries GLTB na definição de políticas de saúde para o segmento; f) protocolo de cirurgias de adequação sexual e g) saúde mental. (BRASIL, 2004a).

Dando seguimento às propostas, a de número 25 refere-se a múltiplas estratégias para a produção e acesso ao conhecimento científico sobre saúde GLTB, entre elas a implantação de Centros de Informação (observatórios) e ouvidorias.

Por fim, as profissionais de saúde estão contempladas com ações de formação, capacitação e sensibilização para as questões GLTB, a fim de promover o acesso igualitário e acolhimento às especificidades de saúde dessa população.

O item sobre saúde é sintético, focando três grandes campos temáticos: produção e acesso aos conhecimentos científicos, capacitação das profissionais de saúde e a estruturação da Política Nacional de Saúde, campo no qual as demandas de saúde seriam trabalhadas em suas especificidades.

Seguindo o programa, chama a atenção o item X, que refere-se a *Políticas para as mulheres*. O título destoa dos demais itens do Programa, que trabalham grandes áreas como: saúde, educação, trabalho, cultura, sem mencionar quaisquer outros marcadores.

O item X possui 9 ações, sendo 3 delas voltadas ao combate e ao atendimento de mulheres em situação de violência, 3 com referência à discriminação contra a mulher, e as outras 3 ações destinadas, cada uma, aos temas da transversalidade, estudos e pesquisas e

²³ GLTB é a terminologia utilizada pelo Brasil Sem Homofobia.

sistema de informação sobre a situação da mulher. Destas, 4 ações mencionam a palavra lésbica e as demais mencionam *mulheres*, seguidas das palavras *recorte de orientação sexual*.

Uma pergunta que nos surge é: por que essas ações não estão nos itens sobre saúde e/ou segurança?

Visto que o programa propõe uma série de diretrizes para o conjunto de Ministérios, com indicações de ações a serem realizadas em determinado setor, podemos supor que seja uma estratégia de construir a transversalidade com as demais políticas públicas destinadas às mulheres, via Área Técnica da Saúde da Mulher e da recém-criada Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Outra possibilidade, que não exclui a anterior, seria influenciada pelo fato de o feminismo marcar a dupla opressão (gênero e orientação sexual), sendo, assim, uma estratégia política de visibilidade para as mulheres, especificamente as lésbicas, e algumas de suas demandas.

Desta forma, o referido item poderia representar esta difusão do feminismo que se faz presente não só entre as representantes da sociedade civil, mas marca também sua presença no Estado, por meio de mulheres que ocupam os espaços governamentais ou estão em articulação com o governo a fim de proporem e elaborarem políticas públicas. De acordo com nossas entrevistadas Lidiane Gonçalves e Tatiana Lionço, os interesses individuais e políticos é que fazem com que determinados temas sejam pautados, entrando nas agendas políticas.

Programa Nacional de Direitos Humanos 3 (2009)

O PNDH 3 é resultado da 11ª Conferência Nacional dos Direitos Humanos, e foi aprovado pelo decreto nº 7.037 de 21 de dezembro de 2009. Está dividido em seis eixos orientadores, que, por sua vez, possuem diretrizes e objetivos estratégicos. Nosso interesse concentra-se naqueles relacionados à atenção à saúde de lésbicas.

É, no Eixo Orientador II: *Universalizar Direitos em um contexto de Desigualdades*, que encontramos, no objetivo estratégico IV – *Ampliação do acesso universal a sistema de saúde de qualidade* –, a ação programática (a) que visa:

Expandir e consolidar programas de serviços básicos de saúde e de atendimento domiciliar para a população de baixa renda, com enfoque na prevenção e diagnóstico prévio de doenças e deficiências, com apoio diferenciado às pessoas idosas, indígenas, negros e comunidades quilombolas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, crianças e

adolescentes, mulheres, pescadores artesanais e população de baixa renda. (BRASIL, 2010a, p. 74).

Embora seja uma ação ampla, o texto ressalta a necessidade de apoio diferenciado aos diversos públicos citados na ação, em acordo com os conceitos do SUS. Porém, o destaque se dá para a menção textual das populações que historicamente não receberam atenção da área da saúde.

A ação programática (g) menciona a estimulação de programas de atenção integral à saúde das mulheres, considerando suas especificidades entre elas as relacionadas à orientação sexual, não fazendo menção a qualquer grupo identitário (BRASIL, 2010a).

O objetivo estratégico V – *Garantia de respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero* – assim como na estratégia anterior não traz nenhuma ação específica voltada às lésbicas. Somente a ação (h) tem imbricação com o campo da saúde, porém abrangendo a população LGBT, propondo o acompanhamento, via relatórios periódicos, das políticas contra a discriminação à população LGBT, incluindo entre outros itens, informações sobre a assistência à saúde integral (BRASIL, 2010a).

Todas as demais ações do *PNDH 3*, envolvem o público LGBT em geral, sendo grande parte das ações articuladas nos eixos: *Segurança Pública, Acesso à Justiça e Combate à Violência e Educação e Cultura em Direitos Humanos*.

Embora o *PNDH 3* tenha sido discreto nas ações voltadas às lésbicas, pelo menos as cita textualmente, ao contrário dos Programas anteriores onde não há ações e nem citações, a não ser no *PNDH II* onde a palavra *lésbicas* aparece apenas no cabeçalho que inicia as ações propostas ao público GLTTB²⁴.

Sendo o *PNDH 3* resultante da *11ª Conferência Nacional dos Direitos Humanos*, propomos uma retomada deste evento ao qual participamos como relatora do eixo orientador *Universalizar direitos em um contexto de desigualdades*, juntamente com uma amiga, que por sua vez é fundadora de uma ONG feminista lésbica em Brasília. A proposta de retomada se deve por dois motivos: a nossa influência na aprovação das ações voltadas à saúde de lésbica e ao conteúdo das ações propostas.

A *11ª Conferência Nacional de DH* aconteceu em 2008 em Brasília e contou com mais de 1.200 delegadas, eleitas em seus respectivos estados após as prévias municipais e

²⁴ Sigla utilizada no documento.

estaduais. Cada estado encaminhou seu conjunto de propostas à comissão de 14 relatoras agrupadas em pares nos eixos orientadores que, por sua vez, montaram um consolidado de propostas a serem discutidas, alteradas, aprovadas ou rejeitadas durante os 3 dias da Conferência.

Cada eixo orientador foi dividido em 2 subgrupos que recebiam participantes que tinham afinidade com os temas discutidos ali, sendo o mesmo conteúdo trabalhado em ambos os subgrupos. Baseadas nos trabalhos dos subgrupos as relatoras buscavam a coesão das propostas, alterações e ajustes textuais e por fim, definiam quais eram as propostas que iriam para votação na plenária final.

No relatório final da *11ª Conferência de DH* além das ações que contemplam toda a população LGBT, foram propostas algumas ações específicas à saúde voltada às lésbicas. Foram incluídas outras, sem menções a grupos identitários, mas contemplando orientação sexual junto às mulheres.

Das propostas do eixo 1 – *Universalizar direitos em um contexto de desigualdades* –, voltadas à garantia de direitos das mulheres, destacamos a ação 30ª, que propõem a “humanização e capacitação das profissionais de saúde no atendimento às mulheres, em especial nos serviços ginecológicos, respeitando as orientações sexuais e as identidades de gênero” (BRASIL, 2009a, p. 46).

A ação 31 trata da implementação de programas de atenção integral à saúde das mulheres, garantindo-lhes seus direitos sexuais e reprodutivos, dentre outras propostas, por meio do atendimento adequado e considerando especificidades, entre elas: a de orientação sexual (BRASIL, 2009a). Esta ação encontra-se no texto do *PNDH 3*.

Seguindo no mesmo eixo 1, agora no item voltado à população LGBT e a garantia de direitos, a ação 39 destaca a garantia de cidadania plena das lésbicas por meio de ações de humanização e capacitação dos serviços, em especial de saúde, educação e assistência.

É interessante destacar a expressão utilizada para congregiar tais demandas: *garantia de cidadania plena das lésbicas*. Foucault (1988) dá-nos subsídios para entender os discursos sobre sexualidade, que estão interligados ao sexo, à revelação da verdade, à inversão das leis do mundo, ao anúncio de um novo dia e à promessa de uma certa felicidade. Dessa forma, a garantia de cidadania plena ganha ares de novos dias, juntamente com a promessa de felicidade para um grupo que ousou “inverter as leis do mundo” heterossexual.

De acordo com a ação 42, a cidadania plena seria obtida por meio de: a) inclusão das lésbicas no rol de proteção às vítimas de violência doméstica; b) desenvolvimento de tecnologia nacional para preservativo específico para lésbicas e sua distribuição pelo SUS, e, ainda, a criação de insumos para prevenção as DST/Aids com a participação social; os itens c e d são voltadas às outras áreas da assistência social (BRASIL, 2009a, p. 49). Outra ação proposta a fim de garantir a cidadania plena foi a inclusão de informações sobre orientação sexual e identidade de gênero nos prontuários do sistema de saúde.

O *PNDH 3* parece ter privilegiado o modelo de atenção integral à saúde em detrimento ao modelo de atenção as DST/Aids. Não estamos afirmando que um modelo é melhor que outro, mas constatando que o foco escolhido para ser trabalhado no *PNDH 3* foi outro.

Sendo as Conferências um dos maiores processos de participação social, a sociedade civil consegue, nesses espaços, pautar suas demandas e reivindicações no campo dos direitos. Contudo, na etapa seguinte, que consistiu na tradução dessas demandas em políticas, planos ou programas governamentais, como, por exemplo o *PNDH 3*, essas desapareceram ou foram minimizadas em uma ou duas ações. Para os movimentos sociais lésbicos pautarem parte de suas agendas políticas em uma Conferência Nacional do DH foi uma conquista, porém, por outro lado, há certa decepção por não fazer constar suas demandas no documento oficial do governo, que é o *PNDH 3*.

Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT (2009)

Trataremos aqui do *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT*, lançado em 2009 pela SDH, que traz a síntese dos resultados da *I Conferência Nacional LGBT* (2008). Seu objetivo foi o de orientar a construção de políticas públicas para a população LGBT, tendo a transversalidade e intersectorialidade como foco na elaboração das ações governamentais (BRASIL, 2009b).

O referido Plano contém 51 diretrizes e um *Plano de Ações* com 180 estratégias, com prazo de execução até 2011. Destas, 44 se referem à saúde, sendo apenas 3 ações exclusivamente destinada as lésbicas.

A primeira das ações destinadas às lésbicas refere-se à sensibilização e capacitação das equipes profissionais do *Programa de Saúde da Mulher* para a atenção às especificidades no atendimento às lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais, nos estados e

municípios (ação 1.1.13), porém sem mencionar quais seriam tais especificidades. É apenas no item 1.3.14 que temos indicativos de quais seriam as especificidades de saúde voltadas às lésbicas. Dessa forma a ação propõe:

informar e sensibilizar profissionais de saúde acerca das especificidades de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais a fim de promover a prevenção de DST/Aids, câncer de colo uterino e de mama no caso de lésbicas e mulheres bissexuais (BRASIL, 2009b, p. 29).

O item seguinte, 1.3.15, propõe a testagem de HIV para as lésbicas por meio de uma campanha nacional promovida pelo Programa Nacional DST/Aids e, concomitantemente, a realização de outra campanha de conscientização sobre sexo seguro (BRASIL, 2009b). Esta ação parece complementar a inclusão do quesito orientação sexual nas fichas de notificação dos casos de DST/Aids. As duas ações são parte de uma política de biopoder que envolve a contagem dos casos de DST/Aids entre lésbicas, de forma a entrarem nos boletins epidemiológicos, para, posteriormente, reivindicar ações de prevenção, controle e tratamento.

No eixo que versa sobre a integração da política de promoção da cidadania e defesa dos direitos humanos de LGBT com as demais políticas públicas nacionais, a única ação específica de saúde voltada às lésbicas refere-se à implementação de políticas de prevenção as DST/HIV/Aids e Hepatite Virais na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e da redução de danos (BRASIL, 2009b).

O Plano em questão reconhece e reforça algumas das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas das lésbicas, principalmente em relação às DST e ao preconceito, todavia, ações que trabalhem integralmente a saúde ainda são escassas, assim como a transversalidade com outras políticas.

Em janeiro de 2011, na *Norma Técnica de 31 de janeiro de 2011*, o MS informou que todas as ações do *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT*, sob responsabilidade do MS, foram incluídas e ampliadas pela *Política Nacional de Saúde Integral LGBT*. A afirmação nos fez questionar se esta não seria uma forma de postergar a execução do *Plano*, que tem previsão de execução até 2011, visto que a *Política Nacional de Saúde Integral LGBT* ainda não está aprovada para execução. Fica a dúvida.

4.4 - Políticas voltadas à saúde LGBT

Comitê Técnico de Saúde da População GLTB²⁵ (2004)

Em 2004, mesmo ano do lançamento do Programa *Brasil sem Homofobia*, uma portaria do Ministério da Saúde criou vários comitês técnicos de saúde para discutir as necessidades de grupos historicamente marginalizados ou excluídos das políticas de saúde, como a população negra, do campo, da floresta e ribeirinhos, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), população de rua e cigana. Segundo nossa entrevistada Simione Silva, o objetivo era reparar as iniquidades históricas desses grupos na área da saúde.

A criação e a institucionalização do Comitê Técnico de Saúde da População GLTB, pela portaria 2.227 de agosto de 2004, é parte das ações do Programa Brasil sem Homofobia. Tal Comitê congrega vários setores do Ministério da Saúde, e representa gays, lésbicas e transgêneros²⁶, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação, fundações e agências ligadas à área da saúde.

Para além da necessidade de “acentuar a sinergia entre as áreas do Ministério da Saúde (MS) e demais instâncias do SUS”, tal espaço justifica-se pela obrigação de ouvir os segmentos envolvidos com a temática, já que a sistematização dos conhecimentos teóricos e práticos são reduzidos, pela necessidade de “implementação de estudos e de educação permanente dos trabalhadores da saúde nos valores da tolerância, respeito aos direitos humanos e defesa dos direitos de cidadania”, e, por fim, em cumprimento às deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, que visam a garantia de respeito às especificidades existentes na população, entre elas as que relacionam-se à “diversidade de orientação sexual” (BRASIL, 2004c).

De acordo com a portaria, o Comitê teria 4 funções a desempenhar. São elas: i) sistematizar uma proposta de política nacional de saúde LGBT visando a equidade na atenção à saúde; ii) promover a elaboração de uma política integral de saúde, participação e controle voltada ao público LGBT; iii) incorporar subsídios técnico-políticos dos movimentos sociais e de pesquisas nas elaborações das políticas de saúde; iv) participar de ações intersetoriais relacionadas à saúde LGBT.

²⁵ Sigla utilizada pela portaria que dispõem sobre a criação do Comitê.

²⁶ Termo utilizado no texto integral da portaria.

Em agosto de 2005, Tatiana Lionço (nossa entrevistada) entrou para o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB como coordenadora²⁷, com o objetivo de rearticulá-lo, pois estava parado devido à troca de gestão do Ministério da Saúde (de Humberto Costa para Saraiva Felipe) e à migração de órgão responsável, que sairia da Secretaria Executiva para a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa²⁸ (SGEP).

No período em que Tatiana Lionço esteve no Comitê aconteceram apenas duas reuniões, sendo uma geral e outra para discutir o processo transexualizador, que passaria a ser atendido pelo SUS. Assim, seu funcionamento foi restrito, e, “onde mais funcionou foi quando havia o interesse político do Ministério da Saúde em consequência das demandas represadas ali”. Ou seja, esse espaço de participação social respondia aos interesses do governo. Mesmo que precariamente, o Comitê teve como efeito de seu trabalho a publicação da portaria que dispõe sobre o processo de transexualização pelo SUS e a Política de Saúde Integral LGBT, que abordaremos mais adiante.

Se o funcionamento do Comitê dava-se pelo interesse do Ministério da Saúde, e os dois temas recorrentes eram a saúde voltada às lésbicas e o processo transexualizador, quais seriam os interesses envolvidos? Ainda de acordo com Tatiana Lionço, o interesse pelos temas era devido a grandes lacunas na assistência à saúde voltada às lésbicas e transexuais, visto que para os gays já haviam ações específicas sendo desenvolvidas pelo Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids), o que não significou que este público reivindicasse espaço nas discussões do Comitê.

Cartilha Chegou a hora de cuidar da saúde (2006)

Em 2005, o então PN DST/Aids convidou diversas áreas do Ministério da Saúde para discutir um projeto piloto na área da saúde voltada às lésbicas, que consistia em construir um processo de trabalho para as profissionais de saúde em conjunto com lésbicas dos municípios que receberiam o projeto. O piloto seria executado em uma cidade de cada região do Brasil que tivesse movimento social organizado e articulação organizada entre a área da saúde da mulher e área de DST/Aids. Com dificuldade de encontrar cidades que atendessem aos requisitos, o projeto foi executado apenas na cidade de Campinas, interior de São Paulo.

²⁷ Permaneceu no Comitê Técnico de Saúde da População GLTB até dezembro de 2007.

²⁸ A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) foi criada em 2003.

O projeto ainda previa a confecção de uma cartilha de mesmo nome do projeto, *Chegou a hora de cuidar da saúde*, e deveria consistir em um guia de trabalho para gestoras sobre a atenção à saúde de lésbicas, com o objetivo de visibilizar as questões referentes às lesbianidade junto às profissionais de saúde e incentivar a criação de ações governamentais locais que atendessem as demandas do público em questão. São questões presentes no material: gravidez, métodos contraceptivos, fertilização assistida, anticoncepção de emergência, violência e hábitos saudáveis (visando o combate à obesidade pela prática de exercícios físicos, redução no consumo de açúcar, bebidas alcoólicas, gordura e refrigerantes).

Destacamos por último, apesar de não menos importantes, as partes que ocuparam um espaço maior na cartilha, com duas páginas de cada assunto: DST e uso de drogas, com enfoque na redução de danos. Os assuntos não foram aprofundados – sendo, em sua maioria, tratados em apenas um parágrafo –, e a forma como os temas são abordados, com indicações comportamentais tidas como saudáveis ou menos prejudiciais à saúde, parecem se distanciar do objetivo inicial do material, que era de ser um guia para gestoras sobre atenção à saúde de lésbicas, apresentado como uma cartilha educativa destinada às lésbicas para a promoção de saúde e prevenção de doenças.

Entretanto, o material inova ao trabalhar questões próximas ao modelo de saúde integral em um material do então PN DST/Aids. Outra novidade são as temáticas trabalhadas pela cartilha. A primeira delas refere-se à vivência da homossexualidade na adolescência. Segundo a cartilha, esse momento de descobertas e experimentações deve ser respeitado e compreendido.

A menopausa e o climatério também são novidades entre os temas trabalhados nas questões de saúde voltadas às lésbicas em documentos governamentais. Aliás, pouco se fala nas questões geracionais, como se a orientação ou práticas sexuais deixassem de existir depois de certa idade. Entretanto, com o passar dos tempos é que podem aparecer novas necessidades em saúde da população em questão.

O racismo é outro tema abordado e que pouco aparece nos documentos governamentais imbricado com saúde e lesbianidade. Lidiane Gonçalves (nossa entrevistada) chama a atenção para os interesses políticos sobre o conteúdo do material. De acordo com ela, o racismo foi abordado porque, na época do lançamento da cartilha, o Estatuto da Igualdade Racial fora aprovado e precisava ser divulgado.

O uso de drogas, como já ressaltado anteriormente, é um argumento pouco utilizado para justificar a vulnerabilidade ao HIV, ao contrário da tendência internacional, principalmente europeia. Entretanto, o documento faz menção ao uso de drogas, sem utilizar julgamentos morais, seguindo a tônica do PN DST/Aids, trabalhando com o enfoque da redução de danos. (BRASIL, 2006, p. 14).

A demanda por acesso às técnicas de reprodução é antiga dentro dos movimentos sociais lésbicos. Assim, esse tema é recorrente nos materiais das ONG e ponto de controvérsia nos documentos governamentais. O material analisado, além de abordar o assunto traz três temas associados à reprodução humana de forma inédita em materiais governamentais. O primeiro tema refere-se à possibilidade de adoção; o segundo é sobre a anticoncepção de emergência, e, por fim, os métodos contraceptivos. A menção dos dois últimos itens em um material para lésbicas leva em consideração a prática sexual com homens, o que geralmente é negado ou trabalhado com dificuldades em materiais que não fazem a distinção entre identidade, orientação e prática sexual. Entretanto, nossa entrevistada, Lidiane Gonçalves, nos dá outra explicação; a de que, na época, o Ministério da Saúde acabara de reassumir a centralização da compra de determinados métodos contraceptivos e precisava divulgar para as gestoras quais estavam disponíveis no SUS. Desta forma, podemos verificar os interesses políticos governamentais expressos no material em questão.

Política de Saúde Integral LGBT

A *Política de Saúde Integral LGBT* foi apresentada em 2010 à sociedade civil como texto final a ser encaminhado para pactuação entre as esferas governamentais (federal, estadual e municipal), chamado de Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Teve um longo percurso para que chegasse a termo, como podemos ver na Figura 6. É a esse caminho e à análise de conteúdo em relação às lésbicas da referida Política, disponível nas versões para consulta pública e para pactuação, que nos ateremos aqui.

Sua construção teve início por volta de 2003, quando aconteceram as reuniões para a elaboração do Programa *Brasil Sem Homofobia* (PBSH). Em seu lançamento, em 2004, pela então SEDH, a seção destinada à saúde propôs a criação de uma política nacional de saúde, que seria, 6 anos depois, a *Política Integral de Saúde LGBT*.

Em 2006, os movimentos LGBT's conquistaram um assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS)²⁹. Devido a questões e disputas interna dentro desses movimentos quanto à representação, chegou-se a uma gestão partilhada em que cada grupo assumiria a titularidade durante um ano. A tabela abaixo mostra como ficou organizada a gestão partilhada, que tem como primeira titular a LBL, representada por Carmem Lúcia Luiz.

2006 - 2007	2007 - 2008	2008 - 2009
Titular: LBL	Titular: ABGLT/Gay	Titular: ABGLT/Antra
1º Suplente: ABGLT/Gay	1º Suplente: ABGLT/Antra	1º Suplente: LBL
2º Suplente: ABGLT /Antra	2º Suplente: LBL	2º Suplente: ABGLT/Gay

Tabela 2: Gestão partilhada entre representantes dos movimentos LGBT no CNS

Ainda em 2006, foi publicada a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde* (Portaria nº 675, de 30 de março de 2006), que explicita o direito ao cuidado, tratamento e atendimento em saúde livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, além de garantir que toda pessoa possa utilizar o nome social no SUS, repercutindo no atendimento de travestis e transexuais. Porém, sua efetividade é questionada, pois a publicação da portaria não alterou, nos serviços do SUS, fichas e documentos para o uso do nome social, por exemplo (PERILLO; PEDROSA; BRAZ; MELLO, 2010).

O *Seminário Nacional: Saúde da população GLBTT*³⁰ na construção do SUS, que aconteceu em Brasília, em agosto de 2007, foi realizado pela SGEP como atividade proposta do CNS. O evento foi significativo para a construção da *Política de Saúde Integral LGBT*, pois, segundo Simione Silva – uma das nossas entrevistadas –, as propostas contidas no documento preliminar foram retiradas desse evento. O texto da *Política de Saúde Integral LGBT*, disponível para consulta pública, ratifica a importância do evento; já o texto para pactuação na CIT não o menciona.

²⁹ O CNS é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, que atuam para a formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde.

³⁰ Sigla utilizada na divulgação do evento.

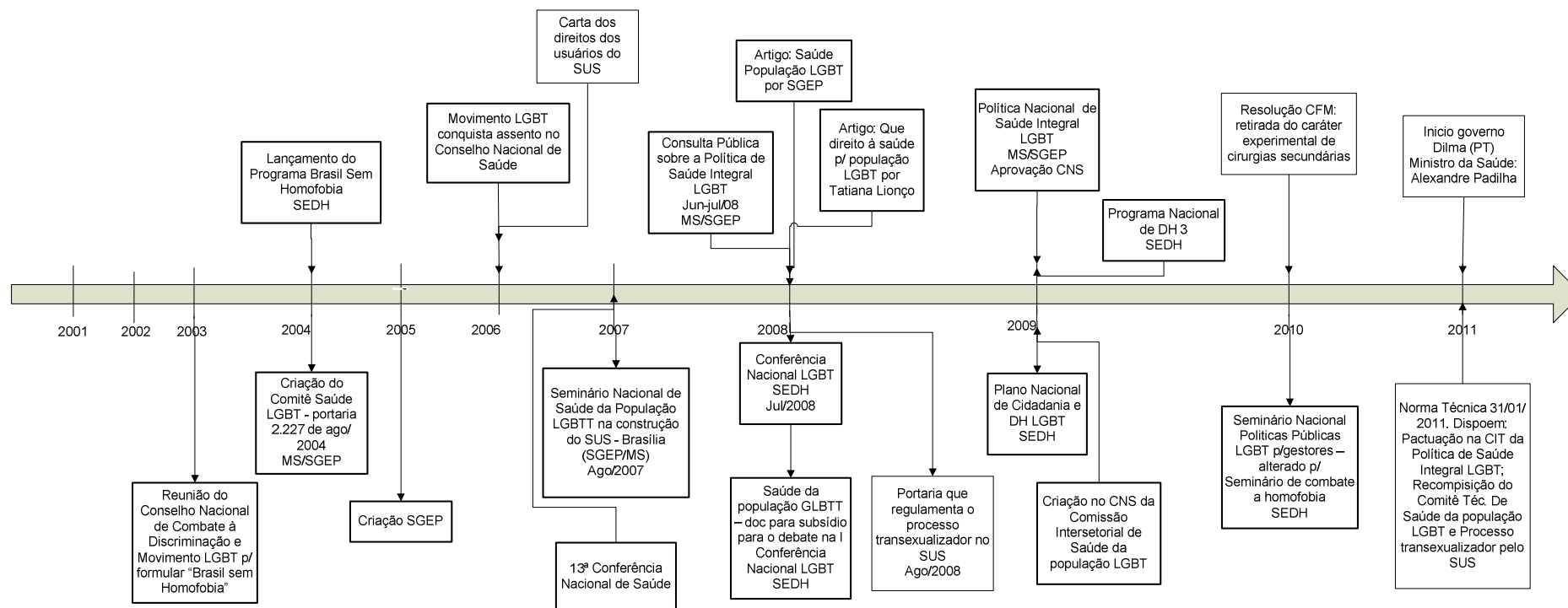


Figura 6: Cronologia da construção da Política Integral de Saúde LGBT

De acordo com Simione Silva, durante o Seminário o tema da saúde voltada às lésbicas esteve fortemente presente, devido ao grande número de mulheres representando os movimentos sociais e as redes convidadas a participar, o que gerou, entre os representantes gays, uma mobilização em busca de reconquista de um espaço político estratégico junto ao governo federal, então acusado de privilegiar as lésbicas. A fala da nossa entrevistada sugere uma possível disputa entre segmentos do movimento LGBT por espaço junto às agendas dos órgãos governamentais.

Além do número de participantes, outro fator que pode ter contribuído para a prevalência do tema da atenção à saúde de lésbicas são algumas das participações anunciadas na programação do evento, ligadas aos movimentos sociais feministas e lésbicos, além da academia, e que são reconhecidamente sensíveis às demandas dos movimentos sociais lésbicos, como: Carmem Lucia Luiz, feminista, membro da LBL e representante do CNS; Almeida (Unisum/RJ), com tese defendida sobre saúde voltada às lésbicas, ligado aos movimentos sociais lésbicos, negro; Ana Maria Costa, feminista e diretora da SGEF, e Regina Facchini (IFCH/Unicamp), com diversas publicações sobre saúde voltada às lésbicas, feminista e representante do coletivo de bissexuais.

Seguindo a cronologia dos eventos, em novembro de 2007 foi realizada, em Brasília, a *13ª Conferência Nacional de Saúde*, marcando de forma significativa as políticas de saúde LGBT ao reconhecer e incluir como determinantes sociais de saúde a orientação sexual e a identidade de gênero, que, posteriormente, serviria como argumento central utilizado na elaboração da Política de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2008d).

O ano de 2008 é um importante marco nas lutas por direitos LGBT, com a realização da *1ª Conferência Nacional LGBT*, durante a qual foi anunciada a publicação da Portaria nº 1.707 de 18 de agosto de 2008, que regulamenta o processo transexualizador no SUS.

Para a realização da *Conferência Nacional LGBT* a então SEDH lançou um documento chamado *Saúde da população GLBTT – documento para subsídio na 1ª Conferência Nacional LGBT*. O documento foi a forma encontrada pelo MS de colocar em debate os princípios da Política de Saúde Integral, com a “intenção de legitimá-los como expressão das necessidades dos grupos LGBT em relação à saúde” (BRASIL, 2010b, p. 9).

O texto do MS lançado pela SEDH traz na folha de rosto a seguinte observação: “documento elaborado para subsidiar o debate sobre a Saúde da População GLBTT na

Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, apresentando a posição do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2008e, p. 1). Parece que a publicação do texto é uma forma de impor aos movimentos sociais LGBT as ações que as representantes do governo julgam importantes e prioritárias. Essa posição permite-nos questionar a efetividade dos espaços de participação ao influenciar as políticas públicas.

Dois meses antes da *1ª Conferência Nacional LGBT*, entrou em consulta pública a *Política de Saúde Integral LGBT*. Sob coordenação da Casa Civil, ficou disponível para acesso e manifestações de 20 de junho a 20 de julho de 2008. Foi a primeira política de promoção da equidade a passar por este processo, e recebeu cerca de 40 manifestações, nenhuma com conteúdo homofóbico, lesbofóbico ou transfóbico.

No mesmo ano, 2008, dois artigos foram publicados, um organizacional, da SGEP, chamado *Saúde da População LGBT* e outro de autoria de Tatiana Lionço³¹, nossa entrevistada, *Que direito à saúde para a população LGBT*. Os dois textos trouxeram subsídios para pautar a necessidade de haver políticas de saúde para o grupo em questão.

O texto da SGEP foi publicado pela *Revista de Saúde Pública* em 2008. Seu conteúdo pode ser dividido em 3 momentos. O primeiro deles é uma exposição conceitual sobre o SUS, seu funcionamento, princípios e participação social feita de forma simplificada e de fácil compreensão. A segunda parte refere-se à saúde da população LGBT, justificando a necessidade de políticas de saúde para tais públicos. De acordo com o texto (BRASIL, 2008f, p. 570):

Para que uma população tenha saúde, é necessário que todos os setores das políticas sociais se articulem, gerando, de fato, uma interferência eficaz sobre os determinantes sociais da saúde. Dessa forma obtêm-se mudanças efetivas na qualidade de vida e no nível de saúde da população.

Enfrentar a complexidade dos determinantes sociais da vida e da saúde das pessoas e coletividades requer intervir sobre exclusão social, desemprego, bem como acesso digno a moradia e alimentação. Requer também o reconhecimento dos fatores que se entrecruzam, maximizando a vulnerabilidade e o sofrimento de grupos específicos. Nesse contexto, todas as formas de discriminação, como no caso da homofobia, devem ser consideradas como situações produtoras de doença e sofrimento. É preciso compreender, por outro lado, que a homofobia não ocorre de maneira isolada de outras formas de discriminação social. Ela caminha ao lado e se reforça pelo machismo, o racismo, a misoginia e todas as formas correlatas de discriminação.

Posteriormente, faz um histórico sobre as ações realizadas pelo governo federal em relação à população LGBT, tendo a epidemia da aids como marco da atuação

³¹ Neste período, Tatiana Lionço encontrava-se afastada das atividades do Comitê Técnico de Saúde da População GLBT.

governamental, passando pelo Programa Brasil Sem Homofobia, Plano de Enfrentamento da Epidemia da Aids e outras DST, Seminário Nacional da População LGBT, Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, a conquista da representação no Conselho Nacional de Saúde, 13ª CNS e Conferência Nacional LGBT.

Destaca que a promoção da equidade para a população LGBT deve ser compreendida a partir de vulnerabilidades específicas, demandando iniciativas políticas e operacionais para a proteção dos direitos humanos e sociais dessa população. Em seguida, ressalta que o combate à homofobia no SUS é consenso, mas não menciona entre quem ou quais grupos.

Ainda no mesmo parágrafo, na frase final, afirma que o “combate à homofobia é uma estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção” (BRASIL, 2008f, p. 572). Sem mencionar os benefícios que o combate à homofobia traria à vida das pessoas. Mais adiante, no parágrafo seguinte, há a afirmação da necessidade de se dissociar a relação construída ao longo do tempo entre cuidado de saúde dessa população com HIV/Aids. Assim, a homofobia é o tema no qual as ações governamentais vão se pautar para reverter esse preconceito e evitar ainda mais a medicalização da sexualidade.

A sequência dos parágrafos aponta e ao mesmo tempo justifica a escolha pelo tema da homofobia como mote a ser trabalhado entre as várias vulnerabilidades na *Política de Saúde Integral LGBT*, porém não justifica a escolha do SUS como único lugar, ou lugar privilegiado, para se combater a homofobia.

Por fim, a última parte do texto traz uma lista de 25 ações que “vêm sendo desenvolvidas à população GLBT...” (BRASIL, 2008f, p. 572). As ações listadas se aproximam dos objetivos específicos e das diretrizes apontadas na *Política de Saúde Integral LGBT*. Fica a dúvida se a Política seria apenas uma compilação, em forma de documento governamental, das ações trazidas pelo texto.

Em 2009, temos a publicação de documentos importantes para os direitos LGBT, como o *PNDH 3* e o *Plano Nacional de Cidadania e Direitos Humanos LGBT*. Nesse mesmo ano, foi criada a *Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT*, no âmbito do CNS (Resolução nº 410 de 12 de fevereiro de 2009), com a finalidade de instaurar mais um canal de participação da sociedade civil na elaboração e monitoramento das políticas públicas para a população em questão (PERILLO; PEDROSA; BRAZ; MELLO, 2010). No dia 12 de

novembro de 2009, 9 meses seguintes à instauração da Comissão, o CNS, em unanimidade, aprovou a Política de Saúde Integral LGBT.

Em maio de 2010, nossa entrevistada Simione Silva informou-nos que o novo texto da *Política de Saúde Integral LGBT* fora finalizado, e que na próxima reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) seriam feitas as primeiras negociações de pactuação. A pactuação na CIT dá à política status de compromisso estabelecido entre todas as participantes da instância, sendo as ações implementadas pela federação, estados e municípios, de acordo com as respectivas responsabilidades.

Passaram-se 8 meses desde a entrevista e nada aconteceu. Em 31 de janeiro de 2011, uma Nota Técnica elaborada pela Coordenação Geral de Apoio à Mobilização Social e Educação Popular da SGEP, assinada pela própria Simione Silva, pronunciava que o texto da *Política Nacional de Saúde Integral LGBT* já fora concluído e deveria ser encaminhado à CIT dentro dos trâmites formais (BRASIL, 2011).

Outro item da Nota Técnica refere-se ao Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, que será recomposto com a participação do MS, movimentos sociais e pesquisadoras, com o objetivo de monitorar a implantação da *Política Nacional de Saúde Integral LGBT*. A nota ainda ressalta a parceria técnica e financeira com os movimentos sociais para o fortalecimento das discussões sobre o direito à saúde e o SUS (BRASIL, 2011).

Sobre o conteúdo da Política de Saúde Integral LGBT

O texto, na íntegra, é dividido em várias partes. Nele é contada a história da construção da Política, o histórico de lutas e conquistas dos movimentos LGBT, as justificativas e subsídios legais para a elaboração e implementação da mesma. O documento conta ainda com 9 diretrizes gerais e 25 objetivos específicos (aos quais chamaremos ao longo do texto de ações ou ações propostas), e, por fim, com uma divisão de responsabilidades entre as instâncias de saúde envolvidas – Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde – na implementação da Política.

A marca da *Política de Saúde Integral LGBT* é o reconhecimento da discriminação, por orientação sexual e por identidade de gênero, como um determinante social da saúde no processo de sofrimento e adoecimento, decorrentes do preconceito e do estigma social reservado aos LGBT. Sendo assim, a Política tem como objetivo promover a saúde integral da população em questão, eliminando a discriminação e o preconceito

institucional, contribuindo para a redução das desigualdades, além de contribuir para a consolidação do SUS (BRASIL, 2010b).

O texto da versão preliminar, que foi disponibilizado para consulta popular, traz como objetivo a promoção da saúde integral LGBT, humanizando e qualificando a atenção em todos os seus níveis, com a missão de reduzir as iniquidades em saúde, combater o preconceito e a discriminação no SUS (BRASIL, 2008b).

Ao compararmos os dois textos, verificamos que as palavras referentes à humanização e qualificação desapareceram do primeiro texto e reapareceram como objetivos específicos no texto a ser encaminhado à CIT. A palavra iniquidade foi substituída por desigualdade, assim como a palavra combate foi substituída por eliminar. Da mesma forma, a referência ao *preconceito e discriminação no SUS* foi substituída por *preconceito e discriminação institucional*. Essas alterações refletem posições políticas em que cada opção semântica é estratégica e cercada de interesses e disputas, nem sempre de conhecimento do grande público, como neste caso.

O que podemos notar é que, no texto da consulta pública, a promoção da saúde integral se daria pela humanização e qualificação dos serviços que compõem a atenção à saúde, e, no texto a ser pactuado para implementação, se dará eliminando a discriminação e o preconceito institucional. Mais que uma adaptação textual, houve uma alteração no objetivo da Política entre as duas versões apresentadas.

Em relação ao uso dos termos *combater e eliminar*, o primeiro remete à ideia de enfrentamento, em que duas posições, tidas como contraditórias, disputariam um determinado espaço; já o segundo termo propõe que umas das posições contrárias desapareçam, ficando apenas a considerada ideal – neste caso, a de sem preconceito.

No texto de pactuação, a *Apresentação* traz a seguinte frase: “A Política LGBT compõe-se de um conjunto de diretrizes...” (BRASIL, 2010b p. 3). Percebemos a ausência das palavras *saúde e integral*. Da forma como o texto é apresentado, parece indicar que esta Política contemplaria todas as demandas da população LGBT.

A saúde integral voltada às lésbicas

Em relação às lésbicas, o texto reconhece a invisibilidade política ocorrida dentro do SOMOS e nas ações de prevenção a aids por não serem consideradas parte dos grupos de risco. Afirmam que a aproximação com as agendas do movimento feminista – com temas como machismo, misoginia e invisibilidade feminina – e a posterior inclusão nas suas agendas qualificaram as discussões do movimento lésbico e evidenciaram suas lutas por demandas específicas (BRASIL, 2010b).

De acordo com as demandas expressas na *Política de Saúde Integral LGBT*, a ação proposta para as lésbicas é a de prevenção aos novos casos e ampliação do acesso ao tratamento qualificado de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) (BRASIL, 2010b). Vale ressaltar que o texto de subsídio para as discussões durante a *I Conferência Nacional LGBT* não menciona os cânceres ginecológicos em lésbicas ou mulheres bissexuais.

Voltando ao texto da Política para pactuação na CIT, verificamos que a demanda por reprodução humana assistida foi retirada. Uma das nossas entrevistadas, Lidiane Gonçalves, nos deu indício da possível causa. A demanda existe desde o PAISM, porém o argumento do custo ainda impera, e isso tem dificultado até mesmo a pactuação na CIT da política de reprodução humana assistida lançada em 2005, o que justificaria a ausência de tal demanda.

Por fim, as ações em DST/Aids, que consistem na atenção integral na rede de serviços do SUS, às DST, HIV, Aids, hepatites virais (BRASIL, 2010b).

Implementação – desafios financeiros e limites na promoção da saúde integral

Sobre a implementação, o texto disponível para consulta popular afirma, sobre a viabilidade da Política de Saúde Integral LGBT, o que se encontra no *Programa Mais Saúde*:

As condições, orientações e viabilidade para sua implementação encontram-se discriminadas no Programa Mais Saúde (Direito de Todos), onde são definidas metas específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde para grupos populacionais de negros, quilombolas, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT); e na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde. (BRASIL, 2008b, p. 2)

Entretanto, em seu conteúdo, o *Programa Mais Saúde* traz somente uma ação específica ao público LGBT, como mostra a Figura 7.

Medida 1.11 - Promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde (para grupos populacionais de negros, quilombolas, GLBTT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros).				
Meta(s)	Meta Física até 2011	Meta Financeira 2008/2011		
		Total	PPA	Expansão
1.11.1 - Formar 5.000 lideranças de movimentos sociais sobre os determinantes e o direito à saúde e implantar e apoiar 27 equipes estaduais em todos municípios acima de 100 mil habitantes para o planejamento e a execução de ações de enfrentamento de iniquidades.	5.000 lideranças 27 equipes	27.000.000	24.500.000	2.500.000
Total		27.000.000	24.500.000	2.500.000

Figura 7: Programa Mais Saúde - Ação prevista para o público LGBT, no enfrentamento das iniquidades em saúde (BRASIL, 2008c, p. 21).

O orçamento de R\$ 27 milhões pode parecer uma boa quantia para a realização da meta a que se destina, e o valor deve ser dividido entre os grupos citados no cabeçalho da meta, assim, se dividido igualmente, teríamos aproximadamente R\$ 4,5 milhões destinados a cada grupo a ser gasto em 4 anos. Tendo a perspectiva de divisão orçamentária entre os grupos, juntamente com os objetivos a serem atingidos, poderíamos afirmar que o valor é insuficiente para tais ações, assim como para a implementação da *Política de Saúde Integral LGBT*.

No texto disponível para pactuação na CIT, não encontramos menções sobre a viabilidade de implementação, e o *Programa Mais Saúde* é citado apenas como modelo de política que visa a ampliação e a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2010b).

A escassez de recursos financeiros dificulta o desenvolvimento de ações que visem a promoção da saúde de forma integral. De acordo com a afirmação do texto da SGE, “para que uma população tenha saúde é necessário que todos os setores das políticas sociais se articulem, gerando, de fato, uma interferência eficaz sobre os determinantes sociais da saúde” (BRASIL, 2008f). As ações da Política são restritas ao campo da saúde, não estendidas às outras áreas, como cultura, trabalho e previdência social. Estaria o *Plano de Saúde Integral LGBT* fadado a não funcionar? Parece-nos que sim, principalmente se levarmos em conta a não-transversalidade de suas ações.

Outro ponto a se destacar refere-se ao objetivo da Política, que tem por foco o combate à homofobia nos serviços de saúde. Todavia, o texto não traz ações que combatam a homofobia entre as pessoas que usam os serviços de saúde, ou seja, a população em geral, pois é em outros espaços de socialização que a homofobia mais atinge a população LGBT.

O que estamos questionando aqui é a noção de integralidade utilizada na Política, visto que seu objetivo restrito e sem articulação com outros setores das políticas sociais torna a promoção da saúde uma tarefa complicada. Visto as várias articulações e movimentações governamentais em torno da *Política de Saúde Integral LGBT*, nossas expectativas eram de que fosse proposto o combate/enfretamento da homofobia em um contexto social mais amplo, trabalhando a questão transversalmente, articulando outros setores governamentais e os serviços diversos, pois, como o próprio documento afirma, em relação à homofobia: “O Estado então tem o papel de estimular a sociedade a “desamolar” a faca. Criar mecanismos de fomento de não discriminação, combatendo o preconceito e promovendo os Direitos Humanos” (BRASIL, 2009d, p. 9).

4.5 - Como a atenção à saúde voltada às lésbicas é pautada?

As análises da seção anterior permitiram-nos identificar o modelo de atenção proposto pelos documentos, assim como as demandas de aprimoramento da atenção, os problemas relacionados ao acesso e as especificidades relacionadas ao processo saúde/doença que compõem os documentos de responsabilidade do governo federal. A compilação destas informações encontra-se no Quadro 2, que servirá para discutirmos alguns dos elementos que vão compondo os repertórios produzidos e divulgados em relação pelos documentos analisados.

O Quadro 2 encontra-se dividido em 4 grandes grupos: modelo de atenção, aprimoramento da atenção, problemas relacionados ao acesso e especificidades relacionadas ao processo saúde/doença³². Esta divisão foi criada apenas para fins analíticos e não aparecem como categorias nos documentos analisados. Também para fins analíticos, algumas colunas da tabela foram agrupadas, como por exemplo: HIV e Aids; e substâncias lícitas e abuso de álcool e tabagismo.

³² O Apêndice C traz um quadro semelhante, com a compilação das informações dos documentos de domínio público dos movimentos sociais lésbicos e feministas.

Quadro 2: Como as lésbicas aparecem nas políticas públicas de saúde

	DOCUMENTO	ANO	MODELO ATENÇÃO		APRIMORAMENTO DA ATENÇÃO		REVELAÇÃO DA IDENTIDADE OU PRÁTICA SEXUAL
					CAPACITAÇÃO PARA AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	INFORMAÇÕES, ESTUDOS E PESQUISAS	
Saúde integral da mulher	PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES I	2005	-	-	-	-	-
	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	2007	-	INTEGRAL	X	X	
	PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES II	2008	-	INTEGRAL	X	X	
DST/Aids	CARTILHA CHEGOU A HORA DE CUIDAR DA SAÚDE	2006	DST	INTEGRAL			X
	PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO E FEMINIZAÇÃO DA EPIDEMIA DA AIDS E OUTRAS DST - REVISÃO - AGENDA AFIRMATIVA	2009	DST	INTEGRAL	X	X	
Cidadania LGBT	BRASIL SEM HOMOFOBIA	2004	-	INTEGRAL	X	X	
	PLANO NACIONAL DE PROMOÇÃO DA CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS LGBT	2009	DST	-	X		
	PNDH 3	2010	-	INTEGRAL			
	RELATÓRIO FINAL 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE DH	2009	-	INTEGRAL	X	X	
Saúde integral da população LGBT	POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL LGBT- CONSULTA PÚBLICA	2008	DST	INTEGRAL			
	POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL LGBT -SUBSÍDIO CONFERENCIA NACIONAL LGBT	2008	DST	INTEGRAL			
	POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL LGBT - TEXTO PACTUAÇÃO	2010	DST	INTEGRAL			

PROBLEMAS RELACIONADOS AO ACESSO				"ESPECI				
HETEROSSEXUALIDAD E COMPULSÓRIA	SEM CIDADANIA PLENA	PRECONCEITO / DISCRIMINAÇÃO	DIFICULDADE EM ACESSAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE	NEGAÇÃO/POUCO AUTO-CUIDADO	CANCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO	DST	HIV/AIDS	HEPATITES VIRAIS
-	-	-	-	-	-	-	-	-
X					X	X	X	
		X						
			X		X	X		X
X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X						
		X			X	X	X	X
		X						
	X	X				X	X	
					X	X	X	X
						X	X	X
					X	X	X	X

"VICIADAS" RELACIONADAS AO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA						
OPRESSÃO DE GÊNERO	PROSTITUIÇÃO	REPRODUÇÃO	SOFRIMENTO PSÍQUICO / SAÚDE MENTAL	USO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS	USO DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS	VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
-	-	-	-	-	-	-
	X	X				X
X						X
		X		X	X	X
		X	X			X
X						X
				X	X	
X						
						X
		X				
		X				

Em relação aos modelos de atenção propostos pelos documentos analisados, de acordo com Perillo (et.al., 2010), co-existem dois modelos nas ações em saúde nas políticas públicas LGBT no Brasil. O primeiro modelo, mais antigo e estruturado, é fundado no combate e prevenção das DST/HIV/Aids, e o segundo, mais recente, tem como referencial a integralidade da saúde. O Quadro 3, abaixo, traz um comparativo entre os dois modelos de atenção à saúde, sendo essa comparação mais um esforço didático-descritivo do que a tradução da processualidade da realidade social, visto que os modelos não são estanques e excludentes entre si.

Quadro 3: Comparativo de modelos de atenção à saúde da população LGBT no Brasil

MODELO ATENÇÃO INTEGRAL	MODELO ATENÇÃO DST
pluralidade de procedimentos, atendimentos e acesso a serviços	centralidade nas DST
estímulo ao prazer relacionado às práticas preventivas	controle e administração dos riscos
apelo à cidadania e Direitos Humanos pró-LGBT	políticas sanitaristas centrada no sujeito
políticas que contemplam amplo público e relacionam distintos marcadores sociais, como raça, gênero, idade e classe	políticas fundamentadas em práticas de “sexo entre homens”

Fonte: PERILLO; PEDROSA; BRAZ; MELLO. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar, 2010.

Em relação à saúde voltada às lésbicas, verificamos que, no conjunto de ações analisadas, aproximam-se do modelo de atenção integral metade dos casos. A outra metade tem a coexistência dos dois modelos, sendo o modelo da atenção às DST frequentemente encontrado nas ações específicas de prevenção, que, por sua vez, estão voltadas ao controle e/ou administração dos riscos. Apenas em um caso, o do *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT*, as ações para as lésbicas aproximam-se do modelo de atenção voltado ao combate e prevenção das DST.

Ressaltamos que somente no *Plano Nacional de Políticas para as mulheres I* não foi possível identificar o modelo de atenção à saúde proposto. A dificuldade se deu pela ausência de ações voltadas às lésbicas ou que se articulavam com a orientação sexual.

Entretanto, o conjunto de ações do documento como um todo aproximam-se do modelo de atenção integral.

A predominância do modelo de atenção integral nas ações de saúde voltadas às lésbicas pode ser entendida por um conjunto de fatores que se interrelacionam, como: 1) a pluralização e descentramento dos feminismos, com a multiplicação dos espaços e lugares de atuação das mulheres que se consideram feministas, proliferando novos discursos que contestam a dominação com base no gênero e por sua articulação com outros vetores do poder e da discriminação (ALVAREZ, 2004); 2) os interesses individuais na elaboração políticas públicas; e 3) os fatores históricos de influência dos movimentos feministas na constituição dos movimentos sociais lésbicos e a atual aproximação entre eles.

No item relacionado ao aprimoramento da atenção, vemos que a necessidade de capacitação para as profissionais de saúde é concomitante à necessidade de mais informações, estudos e pesquisas. Esta demanda vem ao encontro de se dizer a verdade sobre o sexo – neste caso, a verdade é baseada pelas evidências da biomedicina, levantando a necessidade de averiguação sobre os riscos e vulnerabilidades.

A necessidade de aprimoramento da atenção por meio da capacitação das profissionais é para atender adequadamente as demandas das lésbicas sobre saúde. A necessidade de capacitação aparece apenas nos documentos voltados às DST/Aids, como resposta às dificuldades em acessar os serviços de saúde. Entre os argumentos utilizados para justificar a dificuldade de acesso estão: o preconceito, autopreconceito, falta de capacitação das profissionais e a invisibilidade da lesbianidade.

O relato extraído do nosso diário de campo ilustra o tratamento inadequado, em que o profissional de saúde não realizou/solicitou exames compatíveis com a queixa que certa mulher levou à consulta. É exemplo disso:

... fui no médico hoje. Tava preocupada tem uns dias, porque encontrei um carocinho no meu seio enquanto tomava banho. Aí cheguei no médico e falei para ele essa história [do caroço no seio]. Aí, ele fez umas perguntas, pediu pra colocar uma camisola e fez aquele exame horrível, aquele que você coloca a perna assim [exame papanioloau]. Aí ele foi conversando comigo e eu falei que era lésbica. Aí ele terminou o exame, acho que terminou, e me mandou embora. Acredita? Nem examinou meu seio. Agora tô aqui, continuo preocupada e vou procurar outro médico, né? (Diário de campo, 2010).

Já o relato de Patrícia, abaixo, retirado do nosso diário de campo, mostra a falta de conhecimentos e o despreparo de algumas profissionais para lidar com essas questões que

acabam reproduzindo estigmas e preconceitos. Ocorreu uma consulta homeopática em que o médico atribui a lesbianidade a um “desvio” relacionado à inversão da região de prazer – como se o prazer tivesse um local exato para ser sentido – o que levaria a práticas sexuais com mulheres. Por fim, sugeriu intervenção médica para resolver o “problema”.

Fui ao médico tratar de uma renite persistente. Escolhi um homeopata porque já estou cansada de tomar tantos remédios, que acabam atacando minha gastrite depois. [...] Lá pelas tantas ele começou a me perguntar coisas sobre sexo. Se eu tinha vida sexual ativa, se tinha dor quando me penetravam, se tinha lubrificação vaginal fácil. Eu, constrangida e sem entender a relação dessas perguntas com a minha renite, perguntei. A explicação foi que a renite é uma inflação da mucosa que está presente também na vagina. Aí falei para ele que tinha relações sexuais frequentes, só que eram com mulheres. Aí ele disse que é muito frequente isso no consultório. Senti até um alívio, mas aí ele veio com essa: tem pessoas que têm o prazer invertido. É! Nas costas. Você deve ter isso. Mas isso hoje já tem vários profissionais que trabalham com essas coisas... (Diário de campo, 2010).

Embora, os relatos tragam em seu conteúdo a desinformação, o preconceito, a falta de oferta de exames e a dificuldade em lidar com a lesbianidade, essas situações não são impeditivas para a ida aos serviços ginecológicos, mas dificultam o acesso aos serviços de saúde (FACCHINI; BARBOSA, 2009). O menor acesso/frequência aos cuidados ginecológicos em relação às lésbicas não tem a ver com as suas trajetórias sexuais marcadas por pouco ou nenhum contato sexual com homens, e, sim, com seus atributos e posturas corporais como “masculinas” ou “mais masculinizadas”.

O tema do preconceito/discriminação aparece com maior frequência nas políticas voltadas à cidadania LGBT, em contraponto ao tema da heterossexualidade compulsória, que aparece apenas em dois documentos analisados: na *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* e no *Plano Integrado de Feminização da Epidemia da Aids e outras DST* (Agenda Afirmativa).

De acordo com a heterossexualidade compulsória, não há necessidade de se falar sobre as práticas sexuais exclusivas com homens; a necessidade de pronunciamento passa a ser da parte considerada em “desacordo com a norma”. Logo, reafirma e reproduz a heterossexualidade como hegemônica.

Zenaide retorna à ginecologista depois de realizar os exames solicitados.
Médica: Então, Zenaide, tô vendo aqui na sua ficha que não preenchi o anticoncepcional que você usa.
Zenaide: Eu não uso anticoncepcional.
Médica: Ah, não? Usa o quê pra se prevenir então?
Zenaide: Nada, porque só me relaciono com mulheres.
?Médica: Ah, é! Anotei aqui que você é, é, é...

Zenaide completa a frase vendo a dificuldade da médica em dizer a palavra *lésbica*. (Diário de campo, 2010).

O tema da heterossexualidade compulsória não aparece relacionado como uma questão de saúde voltada às lésbicas nos documentos analisados voltados à cidadania LGBT e à saúde integral LGBT. Embora pouco presente nos documentos analisados, esta nos parece a principal questão a ser trabalhada em relação à saúde pelos movimentos sociais LGBT e feministas, pois sua desconstrução envolveria questões como respeito, preconceito, informação e equidade, proporcionando a redução das dificuldades de acesso aos serviços de saúde não só de lésbicas, mas de toda a população LGBT.

A ausência do tema da heterossexualidade compulsória poderia pressupor a necessidade de revelação da identidade sexual ou das práticas sexuais. Em contrapartida, o tema também é escasso nas políticas de atenção à saúde de lésbicas, só aparecendo na cartilha *Chegou a hora de cuidar da saúde*.

Outro item que aparece mais recentemente entre os argumentos em torno das necessidades em saúde voltadas às lésbicas é o da falta de cidadania plena. Este argumento é apontado por Richardson (2004) como a chave para os movimentos LGBT na reivindicação por igualdade de direitos e acesso às políticas públicas. Entretanto, o argumento aparece em apenas dois documentos: na Agenda Afirmativa das lésbicas, contida no *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST*, e no *Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos*, sendo os dois documentos uma síntese das discussões resultantes de encontros entre movimentos sociais, academia, governo e agências internacionais.

Até aqui falamos dos fatores apontados nos documentos de domínio público brasileiro que configuram os ***problemas de acesso aos serviços de saúde***. Esta categoria sugere que o mote de união das lésbicas são as condições externas comuns. Por exemplo: as situações de preconceito e discriminação e a falta de cidadania. Assim, a saúde seria o meio de promoção do bem-estar deste grupo.

O item ***especificidades relacionadas ao processo saúde/doença*** sugere 12 grupos de patologias e/ou fatores que levariam a problemas de saúde. Destes destacaremos: câncer de mama e colo de útero, DST, HIV/Aids, reprodução e vítimas de violência, devido a maior frequência com que aparecem nos documentos analisados.

O tema da violência é recorrente nos documentos analisados. Este item envolve as diversas formas de violências vivenciadas por lésbicas em razão de suas práticas sexuais, como a violência doméstica, familiar, institucional e sexual. O campo da saúde voltada às lésbicas parece repetir a história dos direitos sexuais e reprodutivos, em que a sexualidade conseguiu ser pautada, inicialmente, entre os direitos humanos quando posicionou a mulher como vítima de violência física, psíquica ou institucional, não cabendo discussões sobre sexualidade no âmbito do prazer.

Em relação às DST, o tema aparece associada a outras patologias, como HIV/Aids e Hepatites Virais. Alguns dos argumentos são: a crença de proteção e não percepção do risco, visto que, para elas, tanto as DST quanto a aids estão associadas ao sexo com homens; o preconceito e as várias formas de violências vivenciadas; o contato com secreções; prostituição, devido à quantidade de parcerias; a invisibilidade do corpo feminino e da vivência lésbica; poucas práticas de autocuidado.

Porém, diante a possibilidade de infecção por DST/HIV, as ações de prevenção têm buscado, preferencialmente, as indicações por alterações nos comportamentos sexuais, visando a redução do risco. A utilização de barreira de proteção é mencionada, mas em menor frequência, pois sua utilização depende de adaptação dos que existem e que foram produzidos para proteger as relações sexuais que envolvam o pênis. Somente o *Plano Integrado de Enfretamento e Feminização da Epidemia da Aids e outras DST* traz como uma de suas ações a questão dos insumos para lésbicas: “Incentivo à produção e ao desenvolvimento de novos insumos de prevenção para DST/HIV/Aids e hepatites para lésbicas, mulheres bissexuais e outras MSM” (BRASIL, 2009c, p. 56).

Os cânceres de mama e de colo uterino constituem outra via de atuação do governo federal sobre a atenção à saúde de lésbicas. No capítulo anterior falamos das causas atribuídas às possibilidades de desenvolvimento e sobre a emergência do câncer de mama como uma questão de saúde de lésbicas. Embora os temas sejam recorrentes, não há prevalência de casos em lésbicas se comparado a mulheres heterossexuais – estes constituem um problema de saúde nacional independentemente de quaisquer marcadores sociais. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, em 2008, 11.738 mulheres morreram em decorrência do câncer de mama, e a estimativa para 2010 é de que surgirão 49.240 novos casos. As causas do câncer de mama são desconhecidas, havendo menções a vários fatores de risco. Para o câncer de colo uterino a estimativa é de 18.430 de novos casos. Pelos altos

números de novos casos e de mortalidade, os dois tipos cânceres são os que mais matam as mulheres brasileiras, independentemente de orientação sexual ou de suas práticas sexuais.

O tema da reprodução aparece com certa frequência nos materiais analisados, principalmente entre os anos de 2006 e 2008 nos documentos voltados à DST/Aids e saúde integral da população LGBT. Após este período, o tema reaparece, uma única vez, em 2009, no *Plano Integrado de Enfretamento e Feminização da Epidemia da Aids e outras DST – versão revisada*. A dificuldade dessas ações é de ordem financeira, devido aos altos custos dos procedimentos, como foi trazido por uma de nossas entrevistadas.

Seguindo a tendência nacional de associação da lesbianidade com o uso de substâncias ilícitas, o tema é um dos que menos aparecem: duas ocorrências. Outros temas que menos aparecem são substâncias lícitas (2 ocorrências), negação ou pouco autocuidado, prostituição, sofrimento psíquico e saúde mental.

Por fim, verificamos que os repertórios mais recorrentes nas políticas de atenção à saúde de lésbicas são os que referem-se ao preconceito, à discriminação, à violência sofrida (familiar, institucional, doméstica e sexual), câncer de mama e colo de útero, DST, HIV, Aids, hepatites virais, apontando para a necessidade de capacitação das profissionais de saúde, e o incentivo à produção de informações e pesquisas sobre saúde.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo compreender como se deu a atuação do governo federal, dos movimentos sociais e da academia na construção das políticas de saúde destinadas às lésbicas e como estas aparecem nessas ações. Tendo como hipótese de trabalho que estas ações do governo são produtos heterogêneos de actantes em interação, acompanhamos três esferas que contribuem com a produção dessas políticas de saúde: academia, movimentos sociais (LGBT, lésbicos e feministas) e o governo federal.

Os movimentos sociais lésbicos, em sua formação imbricada com os movimentos feministas e LGBT, não conseguiam pautar suas questões nesses grupos, ou, quando conseguiam, não as transformavam em pontos da agenda política desses movimentos. Tais dificuldades as levaram a construir um movimento lésbico autônomo. Para isso, todavia, precisavam se organizar em torno de uma agenda política.

Os temas desta agenda, por sua vez, recebiam influências dos temas que estavam sendo discutidos no exterior, adaptados à realidade brasileira. As principais discussões davam-se em torno da possibilidade de infecção por HIV. No início da epidemia da aids, no Brasil e no exterior, as lésbicas apareceram como imunes, devido à ausência de práticas sexuais com homens e não-contato com o sêmem, tido como o principal meio de transmissão. Porém, a possibilidade de infecção por HIV apareceu, afirmando as lésbicas como usuárias de drogas injetáveis.

No Brasil, o argumento do uso de drogas injetáveis não foi usado como possibilidade de infecção por HIV, e o argumento da ausência de relações sexuais com homens foi reafirmado, pois, na busca por autonomia, queriam construir uma imagem positiva das lésbicas. Entretanto, os movimentos sociais lésbicos perceberam que a possibilidade de infecção por DST era a que mais aproximava-se da realidade brasileira, o que possibilitou também uma aproximação com o Estado, por meio da então Coordenação Nacional de DST/Aids, que viria a financiar o primeiro encontro nacional dos movimentos sociais

lésbicos, o I Seminário Nacional de Lésbicas (Senale), no Rio de Janeiro. O tema da saúde possibilitou que os movimentos sociais lésbicos se organizassem e conquistassem visibilidade política.

A academia aparece nesta rede de saúde voltada às lésbicas subsidiando as demandas dos movimentos sociais e as ações do governo por meio, muitas vezes, das pesquisas e artigos científicos. A partir dos anos 1990, as produções acadêmicas sobre o tema intensificam-se, incentivadas pelo paradigma da inclusão da diferença. No início dos anos de 1980, nos EUA, alguns grupos e movimentos sociais de mulheres e grupos étnico-raciais questionavam o modelo masculino, caucasiano e jovem utilizado nas pesquisas em saúde, que não abrangiam as questões pertinentes aos demais grupos que não traziam tais características em sua constituição. Dez anos depois, o problema da sub-representação passou a ser considerado um problema de saúde pública. As pesquisas em saúde e sobre novas drogas passaram a ser ajustadas levando em consideração as questões que envolviam os diversos grupos. Entre os sub-representados estavam: mulheres, idosos, crianças e grupos étnico-raciais.

Em 1993, as lésbicas foram contempladas pelas pesquisas de saúde constituindo um subgrupo específico de mulheres, e, posteriormente, são mais uma vez beneficiadas com a afirmação de que a orientação sexual constituía uma forma de diferença. Assim, com o *paradigma da inclusão da diferença* as diferenças são afirmadas como especificidades a serem consideradas principalmente nas pesquisas em saúde, que são a principal via de acesso às políticas públicas daquele país. No Medline, as pesquisas em saúde têm a via patológica como principal argumento associativo às lésbicas, marcando as diferenças sexuais como patologias, ao mesmo tempo em que demarcam os limites da normalidade.

Acompanhando a atuação da academia nas políticas de saúde voltadas às lésbicas no Brasil, verificamos o trânsito das pesquisadoras entre as três esferas destacadas nesta pesquisa, seja atuando em conjunto com o governo e com os movimentos sociais (lésbicos, feministas e LGBT), ou representando essas esferas e seus interesses em determinados espaços. Nesta interação entre as esferas e as pessoas que as compõem, percebemos que os interesses em jogo não são exclusivamente institucionais, sendo que os interesses pessoais estão presentes na movimentação para que um determinado assunto transponha as agendas políticas e passe à ação de programas e políticas de governo.

Vimos que, de 2008 em diante, as produções acadêmicas brasileiras têm crescido, muitas delas incentivadas pelo governo federal. Entretanto, as pesquisas nacionais não

seguem a tendência internacional de pesquisas biomédicas, focando mais os fatores sociais da lesbianidade.

Sobre o governo federal, as ações governamentais para o grupo em questão se dão em duas vias: via DST e saúde integral.

A via das DST foi a primeira a ser construída pelo Estado. Suas ações concentram-se na possibilidade de infecção por DST e em reverter a ideia de que as lésbicas estariam imunes a elas, ou seja, na administração e no controle dos riscos. Posteriormente, outros temas e possibilidades de ações são agregados à utilização do conceito de vulnerabilidades, destacando como situações específicas do grupo e potencializadores das vulnerabilidades as situações de preconceito, discriminação e as múltiplas violências vivenciadas.

Construída mais recentemente, a via da saúde integral reconhece a orientação sexual como uma determinante da saúde. Suas ações trabalham as situações de preconceito, discriminação e as múltiplas violências vivenciadas na relação com o processo de saúde/doença.

Observamos que, a partir de 2004, ampliam-se os planos e programas governamentais que abordam a questão da saúde voltada às lésbicas. Porém, há certas dificuldades em trabalhar com as demandas lésbicas, ou revertê-las em ações, como verificamos no *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres I* (2005), no qual a orientação sexual raramente apareceu como um marcador social a ser considerado pelas ações governamentais. Na *Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher* (2007), algumas questões são apontadas como problemas vivenciados pelas lésbicas na seção *Princípios e Diretrizes* do documento. Entretanto, o cenário trazido destoava das demandas dos movimentos sociais lésbicos, e, no *Plano de Ação*, não há menção às lésbicas; no *PNDH 3*, as demandas contidas no relatório final da 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos não apareceram no Programa.

A possibilidade de reverter o quadro histórico de invisibilidade nas ações governamentais parece encontrar maior resistência nas áreas e nas políticas públicas destinadas às mulheres. Tal resistência pode se dar pelo fato de não compartilharem a ideia de especificidade em saúde. Entretanto, estas são apenas hipóteses. Por outro lado, a visibilidade é mais facilmente promovida por meio do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais e da SEDH.

A Área Técnica da Saúde da Mulher (ATSM) do Ministério da Saúde parece ser o local que mais apresenta resistência em pautar as demandas dos movimentos sociais lésbicos. Uma de nossas entrevistadas, Lidiane Gonçalves relata algumas dificuldades vivenciadas, como a falta de interesse de uma das técnicas da ATSM – responsável em articular governo e movimentos sociais – em trabalhar com questões trazidas pelos movimentos sociais de lésbicas, o que fez com que nossa entrevistada assumisse a responsabilidade por esta articulação. Por exemplo, relatou que, em 2004, houve dificuldade em reunir um grupo de trabalho sobre saúde voltada às lésbicas que seria coordenado pela ATSM, com a participação da Associação Brasileira de Lésbicas (ABL) e da Liga Brasileira de Lésbicas (LBL). Foi realizada apenas uma reunião. O resultado deste encontro foi publicado no dossiê *Saúde de Mulheres lésbicas e bissexuais*:

Em novembro de 2004 foi instituído, pela ATSM, um grupo de trabalho sobre a saúde da mulher lésbica que contou com a participação de várias militantes do movimento social; estas nos trouxeram consideráveis demandas, especialmente no que tange à prevenção de doenças e à saúde mental. Entre elas destacam-se: Prevenção ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas; Prevenção e tratamento à obesidade mórbida; Sensibilização com o Programa de Saúde da Família (PSF), para reconhecer o casal como família; Prevenção e tratamento para DST; Prevenção e tratamento de câncer, especialmente de colo de útero e de mama; Presença da companheira no parto; e Prevenção e combate à violência entre casais de mulheres (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 33).

Por fim, nossa entrevistada relata a dificuldade em pautar, nos grupos de trabalhos em que participou dentro do governo, as questões voltadas à saúde lésbica, e a resistência das participantes em aceitar as demandas desse grupo, a não ser quando reforçadas pelos discursos biomédicos.

Nos documentos analisados, verificamos que a maioria deles tenta trabalhar com o modelo de atenção à saúde integral, resultando, porém, ineficiente, pois não contemplam ou relacionam os distintos marcadores sociais da população em questão, reforçando a ideia de um grupo homogêneo e excluindo das ações pessoas que possam ter outras necessidades em saúde. Da mesma forma, os documentos analisados não trabalham a transversalidade das ações propostas, o que parece não afetar, de fato, a redução das iniquidades, e pouco tem estimulado o prazer nas práticas preventivas. A necessidade de aprimoramento do modelo de atenção é trazido pelos documentos analisados, principalmente pela necessidade de capacitação/formação das profissionais de saúde, e a necessidade de produzir informações sobre o grupo em questão e suas condições de saúde por meio de estudos e pesquisas.

Outra questão que aparece nos documentos analisados, mas que não é exclusividade das publicações governamentais, é o uso do termo *especificidades*. No contexto da saúde voltada às lésbicas, o termo remete à ideia de que este grupo é suscetível às doenças como resultado de diferenças biológicas em relação às pessoas não pertencentes ao grupo em questão, e/ou por sua orientação sexual/práticas sexuais com mulheres. Porém, verificamos com uma de nossas entrevistadas que no contexto brasileiro o termo pode ter, também, o sentido de demanda ou necessidade. O uso dos termos *demandas* ou *necessidades* parece ser mais apropriado para o contexto nacional, pois reduz a ideia que associa as práticas sexuais entre mulheres como geradoras de doenças, potenciais riscos e vulnerabilidades.

As políticas de saúde analisadas posicionavam as lésbicas como vulneráveis a uma variedade de doenças – entre as que mais aparecem estão as DST, HIV, aids, hepatites virais, câncer de mama e colo uterino – e expostas a outros tantos fatores envolvidos no processo de saúde/doença (violência, preconceito, discriminação).

Outra forma de posicionar as lésbicas nas políticas de saúde é pelo que não foi dito, ou melhor, pelo que não aparece. Entre os assuntos invisibilizados estão: distúrbios alimentares e distúrbios da imagem corporal³³, sexo com homens, uso de drogas injetáveis, discussões sobre sexualidade, prazer e práticas sexuais.

A ausência das discussões sobre sexo, sexualidade e prazer é parte das estratégias de visibilidade política e social, que buscam a associação das lésbicas a uma imagem aceitável socialmente e não-sexualizada.

As lésbicas, essas mulheres que transgrediram/transgridem as normas heterossexuais e que juntamente com outros (feministas e gays) lutaram pela despatologização da sexualidade, deixaram-se capturar pela patologização de suas práticas sexuais. Os efeitos dos discursos em torno da saúde têm levado à criação um grupo homogêneo nos riscos, costumes e maus hábitos, ignorando algumas particularidades e exceções em relação à saúde, ao mesmo tempo em que demarcam os limites da normalidade para este grupo. Esses são os efeitos políticos e sociais da possibilidade de transgressão dessas mulheres.

Na *História da Sexualidade I: a vontade de saber* (1988), Foucault, ao abordar o sexo colocado em discurso pelo ocidente moderno, fala-nos sobre a repressão, que pode assumir ares de ruptura, e sobre a polícia do sexo, que consiste em um mecanismo de

³³ Os temas distúrbio alimentar e distúrbio da imagem corporal são mencionados pelos movimentos sociais lésbicos. A compilação de como a atenção à saúde voltada às lésbicas é pautada pelos movimentos feministas e lésbicos é apresentada no Apêndice C.

regulação do sexo não pela proibição rigorosa, mas por meio de discursos que são úteis. Ao falar das lésbicas por meio da saúde, a polícia do sexo se faz presente na regulação de suas práticas sexuais, com os discursos de práticas menos arriscadas, mais seguras, desestimulando algumas práticas sexuais, o uso de insumos adaptados para proteção, entre outros. Mas há lugar para as resistências?

Parece que sim. Temos presenciado alguns relatos de negação em dizer sobre suas práticas ou identidade sexuais e dos riscos, principalmente de infecção por DST, HIV e hepatites virais. Entre aquelas que reconhecem o risco mas não utilizam qualquer forma de prevenção, os motivos para não-utilização são: estar em relacionamento estável; a utilização de um insumo de proteção pode ser percebido pela parceira como sinônimo de desconfiança; gerar dúvida quanto ao cuidado que a parceira dedica à saúde; redução de prazer; barreira ao contato e a inviabilidade no uso cotidiano (PORTELLA, 2009; RODRIGUES, 2010). O tema da heterossexualidade compulsória trabalhado pelas esferas abordadas nesse trabalho corroboraria com as resistências ao mesmo tempo em atenderia as principais demandas dos movimentos sociais lésbicos em relação à saúde.

Esperamos que a história contada nesta dissertação possa servir de disparador para outros trabalhos e discussões sobre o tema, e que novas histórias possam ser contadas – principalmente aquelas que atendam às demandas em saúde das lésbicas. Esperamos, ainda, que as próximas possam escapar às normatizações impostas pelas possibilidades de transgressão.

6 - REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. **Da invisibilidade à vulnerabilidade: percurso do corpo lésbico na cena brasileira face a possibilidade de infecção por DST e Aids**. 2005. 342f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodeterminam como lésbica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 301-331, 2009.

ALVAREZ, S. A política e o político na tessitura dos movimentos feministas no Brasil e na América Latina. In: GONÇALVES, E. (org). **Desigualdade de gênero no Brasil: reflexões e experiências**. Goiânia: Transas do Corpo, 2004. p. 15 - 32

BORGES, L. S. **Repertórios sobre lesbianidade na novela Senhora do Destino: possibilidades de legitimação e transgressão**. 2008, 182f. Tese (Doutorado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BRASIL. Portaria n.2313/GM de 19 de dezembro de 2002. Dispõe sobre os financiamentos das ações de hiv/aids e outras DST. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/7354-2313> > Acesso em: 19 de janeiro de 2010.

_____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Ministério da Saúde. **Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, 2004b.

_____. Portaria n. 2227/GM, de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais - GLTB. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2004c. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2227.htm>> Acesso em: 04 de julho de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica**. 2ª ed. Brasília, 2005a.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres I**. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Chegou a hora de cuidar da saúde**. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chegou_hora_cuidar_saude.pdf>. Acesso em 01 dez 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST**. Brasília, 2007b.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. **Documento Base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT: documento preliminar**. Brasília. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011**. Brasília. 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília. 2008d.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília. 2008e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Apoio à gestão Participativa. **Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais**. Revista de Saúde Pública. São Paulo, n.42, p.570-573, 2008f.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres II**. Brasília, 2008g.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. **Relatório Final da Conferência Nacional dos Direitos Humanos - Democracia, Desenvolvimento e Direitos Humanos: superando as desigualdades**. Brasília. 2009a.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Brasília. 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST- revisão**. Brasília, 2009c.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. **Direitos Humanos e Homofobia: Avanços e Conquistas do Brasil**. Jequitinhonha. 2009d. Disponível

em: <<http://www.ufmg.br/polojequitinhonha/arquivos/pdfs/Direitos%20Humanos%20e%20Homofobia-Avan%20e%20Conquistas%20do%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 3 de março de 2011.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3)**. Brasília. 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília. 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Ofício nº 97/GM/MS dirigido ao Presidente da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília. 2011. 3p.

CAMARGO, Jr. Kenneth. A razão inconstante: ciência, saber e legitimação social. In: JACÓ-VILELAS, A. M.; SATO, L (Org). **Diálogos em psicologia social**. Porto Alegre: Abrapso-sul, 2007, p 17-34.

CARTA das lésbicas e mulheres bissexuais presentes no VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/AIDS e no I Congresso Brasileiro de Hepatites Virais. Brasília. 2010. Disponível em: <>. Acesso em: 21 jun. 2010.

CURUMIM. Lésbicas, saúde e direitos humanos. Recife, 2010.

EPSTEIN, S. Sexualizing Governance and Medicalizing Identities: The Emergence of ‘State-Centered’ LGBT Politics in the United States. **Sexualities**, n 6 p. 131 – 171, 2003.

FACCHINI, R.; BARBOSA R. M. **Dossiê: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade**. Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte. 2006.

_____. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n 25, p. S291-S300, 2009.

FALQUET, J. Breve reseña de algunas teorías lésbicas. In: LAGO, M. C. de S.; GROSSI, M. P.; Rocha, C. T. da C.; Garcia, O. R. Z.; SENA, T. (Org.). **Interdisciplinaridade em diálogos de gênero**. Florianópolis: Mulheres, 2004. p. 19-47.

FLOWERS, P. How Does na Emergent LGBTQ Health Psychology Reconstruct its Subject? **Feminism Psychology**, n. 19, p. 555 – 560, 2009.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. 18ed.

GRAU, M; INIGUEZ, L.; SUBIRATS, J. La perspectiva sociotécnica en el análisis de políticas públicas. **Revista Psicología Política**, Barcelona, n 41, p. 61-80, 2010.

IÑIGUEZ, Lupicínio. **Análise Institucional Etnográfica da Educação e Construcionismo Social**. II Conferência do Doutor Lupicínio Iñiguez. Seminário Internacional “Abordagens Teóricas e Metodológicas nas Ciências Sociais”, 2000.

LATOURE, B. **Reasseblando o social: uma introdução a teoria ator-rede**. 2005.

LIONÇO, T. **Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de março de 2009.

MEDLINE. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/bvs/P/helpbd/bdmdlp.htm>>. Acesso em 17 de junho de 2010.

NARDI, H. C. Políticas públicas, governamentalidade e diversidade sexual. As tecnologias da educação como campo de investimento e inflexão do dispositivo da sexualidade. In: SOUZA, S.J; MORAES, M. (org). **Tecnologias e modos de ser no contemporâneo**. Rio de Janeiro: PUC/RJ e 7 Letras, 2010, p. 75-98.

NAVARRO-SWAIN, T. O que é lesbianismo. São Paulo: Brasiliense, 2004.

PELÚCIO, L. **Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de aids**. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Carlos, 2007.

PERILO, M.; PEDROSA, C.; BRAZ, C. A.; MELLO, L. Entre a AIDS e a integralidade: travestis, transexuais, bissexuais, lésbicas e gays nas políticas públicas de saúde no Brasil. In: **Políticas públicas para população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar**. Goiânia:UFG, 2010. p. 213 – 2-57.

PORTELLA, A. P. **Lésbicas Sexualidade e saúde: síntese dos resultados da Pesquisa Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na percepção de profissionais de saúde e usuárias do SUS**. Recife, 2009.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Controle Social uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres**. Belo Horizonte, 2002.

_____. Os direitos que Não Podem Calar. In: **Jornal de Rede saúde**. São Paulo, nº24, 2001, p. 22-25.

RICHARDSON, D. The social construction of immunity: HIV risk perception and prevention among lesbian and bisexual women. **Culture, Health & Sexuality**. London, n 1, vol 2, p. 1-33. 2000.

_____. Locating Sexualities: From Here to Normality. **Sexualities**, n 7, p. 391 – 411, 2004.

RODRIGUES, J. **Mulheres lésbicas e bissexuais: discursos de prevenção as DST/Aids e a perspectiva de gênero**. In: ENCONTRO NACIONAL UNIVERSITÁRIO DE DIVERSIDADE SEXUAL, 9, 2010, Universidade de Campinas, 2010. Disponível em: <http://www.identidade.org.br/2010/html/gats/trabalhosselecionados_GAT3.html>. Acesso em: Nov de 2010.

SIMÕES, J. A.; FACCHINI, R. **Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p 123-151.

_____. Sobre a promoção da saúde: tensões entre risco na modalidade de aventura e as estratégias contemporânea de biocontrole. In: **Diálogos em Psicologia Social**. 2007. p. 345 – 360.

_____. A produção do sentido na perspectiva da linguagem em ação. In: SPINK, M.J.P. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre, 2004. p 39-51.

SPINK, P. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, M. J. P. (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. p 123-151.

_____. Los psicólogos y las políticas públicas en América Latina: El big mac y los caballos de troia. **Psicoperspectivas**, Valparaiso, n. 8, p. 12-24, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO. **Pesquisando no PubMed**. Jul/2009. <http://cpd1.ufmt.br/propg/periodicosnaufmt/blog/?p=115>. Acesso em 17 de julho de 2010.

UM OUTRO OLHAR. **Cartilha Prazer sem Medo: Informações para Mulheres que transam com mulheres**. 5ª Ed. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.umoutroolhar.com.br/publicacoes_cartilhapsm1.htm> Acesso em: 24 de janeiro de 2011.

APÊNDICES

Apêndice A: Quadro de fontes sobre o tema da saúde voltada às lésbicas

ANO	MATERIAL	REFERÊNCIA	TIPO		
			Governo	Movimentos sociais	Academia
2001	Artigo: A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista da mulheres lésbicas e bissexuais	Leila M. Coelho			X
2001	Artigo: Direitos que não podem calar	Revista Rede Feminista de Saúde		X	
2001	Cartilha: Prazer sem Medo	Boletim Ousar Viver - Um Outro Olhar		X	
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Plano de Ação 2004-2007	Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher.	X		
2004	Portaria 2227 que regulamenta o Comitê Técnico de Saúde LGBT	Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.	X		
2004	I Plano Nacional de Políticas para Mulheres	Secretaria de Políticas para as Mulheres	X		
2004	Dissertação: Aspectos Epidemiológicos das DST em MSM	Valdir Pinto. USP			X
2004	Programa Brasil Sem Homofobia	Secretaria Especial de Direitos Humanos.	X		
2005	Tese: Da invisibilidade à vulnerabilidade: percurso do corpo lésbico na cena brasileira face a possibilidade de infecção por DST e Aids.	G. Almeida. IMS/RJ.			X
2005	Artigo: Mulheres, homossexualidade e saúde: visibilizando demandas e caminhos	Regina Facchini.			X
2006	Cartilha Chegou a hora de cuidar da saúde	Ministério da Saúde. Departamentol DST/Aids e Hepatites Virais.	X		
2006	Dossiê Saúde de Mulheres Lésbicas	Rede Feminista de Saúde.		X	
2006	Artigo: MSM algumas estimativas	Regina Barbosa.			X
2006	Relatório VI SENALE	Grupo Curumin.		X	

ANO	MATERIAL	REFERÊNCIA	TIPO		
			Governo	Movimentos sociais	Academia
2007	Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica	Área Técnica da saúde da mulher. Ministério da Saúde.	X		
2007	Plano Integrado de Enfrentamento e Feminilização da Epidemia da Aids e outras DST	Ministério da Saúde. Departamentol DST/Aids e Hepatites Virais.	X		
2007	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes	Ministério da Saúde. Área Técnica da Saude da Mulher.	X		
2007	II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	Secretaria de Políticas para as Mulheres	X		
2008	Texto: Saúde da população LGBTT	Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.	X		
2008	Artigo: Que direito à saúde para a população LGBT?	Tatiana Lionço.			X
2008	Saúde da População LGBT - documento de subsídio para o debate na I Conferência Nacional LGBT	Secretaria Especial de Direitos Humanos.	X		X
2008	Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos	SDH	X		
2008	Cartilha Prazer sem Medo: Informações para Mulheres que transam com mulheres.	Um Outro Olhar		X	
2008	Política Nacional de Saúde Integral LGBT - versão para pactuação tripartite	Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.	X		
2009	Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT	Secretaria de Direitos Humanos.	X		
2009	Programa Nacional de Direitos Humanos 3	Secretaria de Direitos Humanos.	X		
2009	Dissertação: Vulnerabilidad al VIH/Sida: sociabilidad y trayectorias de mujeres jóvenes com prácticas homoeróticas em Rio de Janeiro	Claudia Mora. IMS/RJ.			X
2009	Artigo: Acesso aos cuidados de relativos à saúde sexual de MSM em SP	Regina Facchini e Regina Barbosa.			X
2009	Pesquisa: Lésbica, sexualidade e saúde	SOS Corpo.		X	
2009	Participação no Seminário Saúde Lésbica no SUS	SOS Corpo.		X	
2009	Participação no avento de apresentação da pesquisa: Lésbica, Sexualidade e Saúde	SOS Corpo.		X	

ANO	MATERIAL	REFERÊNCIA	TIPO		
			Governo	Movimentos sociais	Academia
2009	Cartaz Grupo Curumin: Saúde Lésbica	Grupo Curumin.		X	
2009	Artigo: Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas	G. Almeida			X
2009	Plano Integrado de Enfrentamento e Feminilização da Epidemia da Aids e outras DST	Ministério da Saúde. Departamentol DST/Aids e Hepatites Virais.	X		
2009	Direitos Humanos e Homofobia: Avanços e Conquistas do Brasil	Secretaria de Direitos Humanos.	X		
2010	Participação evento Seminário nacional de combate a homofobia	SEDH.	X		
2010	Dissertação: Mulher, Mulher e outras Mulheres: gênero e homossexualidade(s) no PSF	Ana Paula Melo. IMS/RJ.			X
2010	Carta das lésbicas e mulheres bissexuais presentes no VII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids e I Congresso Brasileiro de Hepatites Virais			X	
2010	Conversa com Lidiane Gonçalves	Concedida para a dissertação.	X		
2010	Conversa com Tatiana Lionço	Concedida para a dissertação.	X		
2010	Conversa com Simione Silva	Concedida para a dissertação.	X		
2010	Política Nacional de Saúde Integral LGBT - versão para o Conselho Nacional de Saúde	Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.	X		
2010	Guia de sexo seguro entre mujeres	Mujeres Al Borde		X	
2010	Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais	Julliana Luiz Rodrigues			X
2010	A produção do estatuto da homossexualidade: atravessamentos ideológicos e políticas de saúde	Cintia Carvalho			X
2010	Nunca na história deste país: Políticas públicas de saúde lésbica no governo Lula	Fernanda Calderaro			X
2010	Mulheres lésbicas e bissexuais: discursos de prevenção às DST/Aids e a perspectiva de gênero.	Julliana Luiz Rodrigues			X
2010	Artigo: Repertórios sobre saúde lésbica: responsabilidade e governamentalidade em	Fernanda Calderaro			X

ANO	MATERIAL	REFERÊNCIA	TIPO		
			Governo	Movimentos sociais	Academia
	publicações do Medline				
2011	Ofício nº 97/GM/MS - Assunto Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT - Saúde. SIPAR 25000.020827/2011-21 em resposta ao ofício PR nº 005/2011 da ABGLT	Ministério da Saúde - SGEP	X		
2011	Dissertação: Entre ditos, não ditos e interditos: Saúde sexual de mulheres jovens com práticas afetivo-sexuais com mulheres	Cintia Carvalho			X
2011	Notícia Agência Aids: Saúde de lésbicas sofre com preconceito e desinformação	Fernanda Aranda.		X	

Apêndice B - Sobre a utilização do diário de campo para contar uma história sobre a saúde voltada às lésbicas

Como parte desta pesquisa participamos de dois eventos relacionados ao tema: o seminário *Saúde Lésbica no SUS*, em Recife, promovido pelas ONG SOS Corpo e Luas, financiado pelo Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, e o *Seminário de Combate à homofobia*, promovido pela SDH em Brasília. Sobre o último evento, traremos, abaixo, o relato feito em diário de campo. Essas participações também foram relatadas no diário de campo.

O Seminário

No final de março de 2010, recebemos a divulgação do evento promovido pela SDH, o *1º Encontro Nacional de Gestoras e Gestores de Políticas Públicas para LGBT*. O evento seria restrito ao público mencionado no título, porém enviamos um email para a comissão organizadora informando sobre nosso interesse em participar do evento, devido à proximidade com o tema pesquisado. Três dias depois, recebemos um email que reconhecia a importância de pesquisas nessa área, e informava a possibilidade de participação desde que as vagas disponibilizadas (60 vagas) não fossem preenchidas. O email ainda informava que a SDH não custearia a passagem aérea até Brasília, limitando os custos à hospedagem e alimentação.

Após o dia 9/4/2010, data limite para retorno por parte da SDH, recebemos a confirmação de participação, solicitando que preenchêssemos uma ficha de inscrição e escolhêssemos um dos três grupos de trabalhos da programação, a saber: gestão orçamentária e convênios, trabalho e renda e gestão da política pública. Escolhemos *gestão da política pública* e enviamos os documentos. Pouco tempo depois, recebemos mais um email confirmando a inscrição e dizendo que a SDH custearia apenas a alimentação nos dias do evento (27 à 29/4), ou seja, a hospedagem fôra cortada dos custos arcados pela organização do evento após o aceite da inscrição.

Na semana do evento, recebemos mais um email solicitando as informações de voo para que a empresa que fizesse o transporte das participantes no trajeto aeroporto-hotel-aeroporto organizasse os horários. Ao enviar a informação, recebemos a seguinte mensagem: “Por favor, desconsidere o email que foi enviado para você por engano”. Ou seja, não poderíamos utilizar o transporte disponibilizado para as demais participantes. Vale lembrar que a sequência de emails anteriores ressaltava o reconhecimento e a importância da pesquisa relacionada a políticas públicas LGBT, o que suscita os seguintes questionamentos: o reconhecimento da relevância da pesquisa limita-se à composição textual? A gradativa redução das condições de possibilidade de participação seria uma tentativa de evitar nossa participação no evento?. Ao nosso ver, para além das especulações feitas aqui, essa posição governamental, mais especificamente da SDH, além de contraditória é desrespeitosa, especialmente tendo em vista que esta Secretaria apoia técnica e financeiramente 10 núcleos de pesquisas sobre a promoção da cidadania LGBT em universidades federais.

Os percalços iniciais não impediram nossa participação no congresso, de 27 de abril a 5 de maio de 2010, em Brasília. Chegando ao hotel, havia, logo na porta, uma mesa de recepção com três atendentes. Uma delas perguntou se eu iria participar do evento sobre homofobia do Ministério da Justiça (MJ); respondemos que não, pois o evento seria sobre políticas públicas e seria organizado pela SDH. Logo um conhecido de Goiânia avisou-nos que era desse evento que participaríamos.

A atendente solicitou nosso nome e os confirmou na lista de inscritos, nos encaminhando para o check-in no hotel. Informamos que não haviam concedido hospedagem. A atendente respondeu que sim, que todas as participantes se hospedariam ali, e confirmou com sua supervisora, que nos entregou um formulário de hospedagem. Assim, ficamos hospedadas no hotel até o término do encontro, contrariando os emails recebidos anteriormente.

Aguardando o início do evento, verificamos no material disponibilizado pela organização que o nome havia sido alterado para *I Seminário Nacional de Combate à homofobia para gestores e trabalhadores públicos*. A programação ainda trazia o encontro de núcleos de pesquisa e o encontro de funcionárias públicas, o que conseqüentemente aumentaria em um dia a duração do evento (até o dia 30/4/2010), ou seja, o evento, além de ter mudado de nome sem comunicação prévia às participantes, congregava outros dois. É importante ressaltar que as mudanças ocorridas, de nome e, conseqüentemente de objetivo do evento, nos afastou do tema de pesquisa e, logo, do interesse em participar. A justificativa

dada pelas participantes às alterações foi de que a pessoa que organizou o evento tinha se desligado da SDH uma semana antes da realização, levando consigo todas as informações e documentos referentes ao evento. Portanto, um novo evento foi planejado sem comunicar às pessoas já inscritas.

É interessante verificar como um evento que se propôs a discutir políticas públicas LGBT foi reduzido ao combate à homofobia. A nosso ver, as políticas destinadas à população LGBT não devem ser restritas ao combate da homofobia, mas é cada vez maior as ações governamentais à população LGBT voltada ao combate da violência vivenciada e sofrida pela população em questão.

Os outros dias do evento seguiram com algumas discussões suscitadas pelos relatos de experiências. Porém, o que chamou a atenção é que nos dois últimos dias as discussões políticas partidárias se acirraram e o clima de disputa eleitoral³⁴ que pairava no ar tomou conta do evento.

Decepcionadas com o evento, participamos do encontro de núcleos de pesquisas sobre diversidade sexual, gênero e homossexualidade das universidades federais³⁵. Ali presenciamos discussões acaloradas, que se resumiam a um cansaço em discutir pela terceira vez os mesmos assuntos sobre os quais a SDH não havia cumprido os acordos feitos em encontros anteriores. Foi possível apreender, nas falas das participantes, que o encontro, além de ter sido organizado de última hora, foi uma tentativa da SDH de impor algumas regras e modos de trabalho aos núcleos. Por fim houve concessões de ambos os lados chegando a mais um acordo.

As entrevistas

A fim de otimizar a viagem, fomos a Brasília com quatro entrevistas previamente agendadas com: Simione Silva, Lidiane Gonçalves, Tatiana Lionço e com a coordenadora geral de promoção dos direitos humanos LGBT da SDH. O agendamento das entrevistas foi fácil e bem rápido, para nossa surpresa, pois esperávamos certa morosidade dos processos que envolviam as negociações de horários com as entrevistadas e suas secretárias.

³⁴ Em outubro de 2010, aconteceu o primeiro turno da eleição presidencial, vencida em segundo pela candidata apoiada pelo então presidente da república.

³⁵ Até 2010, a SDH financiou 10 núcleos de pesquisas que visam a Promoção da Cidadania LGBT em universidades federais.

Das entrevistas agendadas, apenas Lidiane Gonçalves não tinha confirmação de data. A pedido dela, poderíamos fazer essa conversa em qualquer momento durante o *I Seminário Nacional de Combate à homofobia para gestores e trabalhadores públicos*, do qual ela também participaria. Sua participação, entretanto, restringiu-se a pequenos períodos. Segue o relato que fizemos no diário de campo.

Lidiane Gonçalves é graduada em Ciências Sociais e Direito, com especialização em Políticas Públicas. Já participou como ativista do movimento feminista, foi técnica da ATSM de julho de 2005 a março de 2010, onde passou a atuar como técnica da SDH na coordenação LGBT. Esteve presente nas discussões e confecção de vários documentos do governo federal e dos movimentos sociais de lésbicas e feminista. Combinamos de conversarmos na manhã do terceiro dia do Seminário, porém ela não apareceu. Reencontramos-nos durante o almoço e remarcamos para o final da tarde daquele mesmo dia, às 16h30, no mesmo hotel onde acontecia o evento. Esperei até as 19h30 e ela não apareceu e nem fez qualquer contato justificando a ausência.

No dia seguinte, quarta-feira, 29 de abril, eu havia agendado para as 9h30 uma conversa com Simione Silva – enfermeira, técnica da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social (SGEP) e gestora da Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social, que, entre suas responsabilidades, está a de elaborar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT - no prédio do MS. Porém, tive um atraso de 10 minutos comunicado à sua secretária, que, por sua vez, nos informou que ela não poderia conceder a entrevista devido a um imprevisto na agenda. Informou, entretanto, que poderíamos marcar outro horário, ficando agendado para as 15h30 no mesmo local.

Cheguei ao local combinado com 30 minutos de antecedência. A secretária, contudo, nos ligou às 15h15, deslocando o local para prédio da Fiocruz, que ficava a uma quadra do local onde estávamos. Chegando lá, nos registrei-me na portaria e segui para o andar indicado pela recepcionista, onde ninguém conhecia Simione. Retornando a ligação para a secretária, ela pediu que eu aguardasse na recepção, pois Simione Silva estava a caminho. Pouco tempo depois ela chegou e eu a acompanhei até o subsolo do prédio, quando solicitou que eu aguardasse mais alguns minutos, pois estava em aula (curso de pós-graduação), e assim que possível retornaria à sala de espera para conversarmos.

Aguardei mais 30 minutos e iniciamos a conversa, no sofá da antessala; fomos interrompidas três vezes por suas colegas de turma. Quando a entrevista já ultrapassava 45 minutos, o celular dela tocou, e era Lidiane Gonçalves. Pedimos para que Simione a informasse que ainda gostaríamos de conversar. Simione disse ao telefone: “Estou aqui na aula, dando entrevista para uma menina chata”. A conversa seguiu e Simione perguntou se eu podia esperar por Lidiane, que estava se dirigindo para a Fiocruz, e assim, poderíamos conversar. Respondi positivamente. A ligação foi encerrada e a entrevista interrompida para que ela voltasse à aula.

Pouco tempo depois, Simione voltou à antessala e me convidou para assistir a aula, que era sobre a história do SUS. Terminada a aula, fomos, a convite de Simione, a um bar para encontrarmos Lidiane. Chegamos ao bar e ela já estava a nossa espera. Depois de alguns minutos à mesa, seguimos para um local mais silencioso do bar onde conversamos por mais de uma hora.

Sábado, 1/5/2010, fui até a uma ONG feminista lésbica de Brasília numa atividade aberta do grupo. Havia feito contato prévio, sem sucesso, para marcar uma conversa com algumas de suas integrantes. Como já conhecia parte das integrantes da ONG, liguei perguntando sobre a atividade e possibilidade de participação. Cheguei mais cedo com o intuito de fazer alguma conversa. Fui recebida por uma de suas

fundadoras; pouco tempo depois fomos a um bar e logo se juntaram a nós mais três integrantes da ONG. Conversamos sobre vários assuntos, entre eles feminismo, ativismo político, livros e trabalhos. Ainda no bar, uma delas lembrou que queríamos conversar a respeito da temática da saúde e ficamos de retornar à ONG para assim fazermos, a pedido das que ali estavam.

Na ONG, atropelada pelos afazeres da atividade programada para o dia, não conseguimos conversar, mas fui apresentada à Angélica³⁶. Quando mencionei o trabalho com saúde, Berenice se aproximou e disse: “Eu tenho um espelho novinho que posso emprestar”, fazendo menção à possibilidade de coordenarmos uma oficina sobre o tema. Angélica lembrou que há tempo não fazem a oficina Elas n’elas, que trabalha o sexo seguro entre mulheres, e que poderíamos retomar a atividade. A associação que fizeram quando falamos em saúde voltada às lésbicas, relacionada imediatamente com sexo protegido e o uso do espelho, pode ser uma referência às atividades que promovem o auto-conhecimento do corpo.

Em nenhum momento, em que estive com as integrantes da ONG foi mencionado o nome de Hilda, que é a pessoa responsável pela área da saúde. Combinei com Angélica, Hilda, Berenice e Elisa de enviar por email algumas perguntas sobre o tema da nossa pesquisa.

Retornando de Brasília enviei, conforme prometido, algumas perguntas sobre o tema para as integrantes da ONG feminista lésbica, Angélica, Hilda, Berenice e Elisa; porém, não obtive retorno. Alguns meses depois, enviei novamente um email para Hilda e Elisa solicitando, novamente, uma conversa. Elisa não respondeu, mas Hilda acenou com a possibilidade de conversarmos via internet, desde que fosse antes da sua ida à Guatemala, para o VII Encontro Lésbico Feminista da América Latina e Caribe. Marcamos data e horário, porém, Hilda não apareceu e também não retornou o email dando qualquer justificativa.

Mesmo com todas essas negativas de contato com os movimentos sociais lésbicos não dei por encerrada as tentativas de contato. Fiz mais três contatos, por email, com pessoas dos movimentos sociais lésbicos de São Paulo e de Florianópolis, todos sem respostas. Diante de todas as dificuldades encerrei as tentativas de contato.

No dia 3 de maio de 2010, eu havia agendado uma conversa com Tatiana Lionço – psicóloga e professora de psicologia da Faculdade de Ciências de Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília (Uniceub) que, de agosto de 2005 a dezembro de 2007, coordenou o Comitê Técnico de Saúde LGBT –, porém o local seria definido pela entrevistada. Desde que cheguei à Brasília, em 27/4/2010, tentei contatá-la várias vezes, todas sem sucesso. Na segunda-feira, pela manhã, dia da entrevista, enviei um email a Tatiana informando que na quarta-feira, 5/5/2010, eu voltaria a São Paulo e que, conforme combinamos, fiz vários contatos telefônicos, todos sem sucesso.

Na terça-feira, 4/5/2010, um dia após a data marcada, por volta das 13 horas, Tatiana ligou pedindo desculpas e dizendo que estava no Café Martinica e por ali ficaria até às 16h. Como estava próxima ao local indicado, cheguei em menos de 20 minutos e finalmente conversamos; de forma breve, porém, uma conversa muito agradável e produtiva.

Das conversas agendadas, apenas a com a então coordenadora geral de Promoção dos Direitos LGBT não aconteceu mesmo depois de algumas tentativas. Durante o evento fui apresentada à coordenadora; a pessoa que nos apresentou informou que eu estava ali para entrevistá-la. Informei que tínhamos agendado para terça-feira, 4/5/2010, na SDH, ela mostrou-se surpresa e disse que não tinha passado a agenda com a secretária.

³⁶ Nome fictício usado para não identificar a pessoa a que nos referimos. Os nomes utilizados nesta dissertação foram retirados do livro *As filhas de Lilith*, da poetisa Cida Pedrosa (2009).

Na quarta-feira, 28/4, dia posterior à conversa relatada acima, tivemos um momento para conversarmos melhor; falei da pesquisa, ela me indicou algumas leituras e contatos. Em seguida, perguntou o que queria com ela e falei dos objetivos da conversa, mostrando um pequeno roteiro elaborado previamente. Ela me pediu o roteiro impresso para poder estudar minimamente, já que um dos assuntos abordados, o PNDH 3, não era de seu pleno domínio. Por fim, me pediu, se possível, que adiantássemos a conversa para o dia seguinte, entre 10h e 13h, ali mesmo no hotel onde acontecia o evento.

Com a mudança de horário da conversa com Simone Silva, fui ao hotel, mas não encontrei a coordenadora geral de Promoção dos Direitos LGBT. Tentei ligar no seu celular para confirmar a possibilidade de adiamento, mas o telefone estava desligado. Já próximo às 13h, a encontrei no evento; aguardei o término das atividades e me aproximei perguntando da possibilidade de conversar. Ela respondeu que não, pois estava de saída para pegar um voo. Perguntei se nossa agenda de terça-feira estava confirmada, ela respondeu que sim e imediatamente se virou para a secretária e, ainda na nossa frente, pediu para que cancelasse o horário que havia marcado.

A dificuldade de diálogo com a coordenadora apareceu outra vez, ainda na fase de negociações sobre a possibilidade de entrevista. A coordenadora ligou no meu telefone celular; ao atender a ligação, estava na rua e o barulho me impedia de ouvi-la. Pedi que aguardasse um minuto para que eu fosse a um local mais silencioso. Quando retornei o contato dizendo: “Alô, desculpa, estava muito barulho na rua”. Ela respondeu: “Você sabe com quem está falando?”, respondi afirmativamente e seguimos na negociação da entrevista. A pergunta da coordenadora pareceu querer marcar o lugar de poder que ocupava na SDH e em relação a nós.

Na segunda-feira, 3/5, recebi um email de sua secretária solicitando o adiamento da entrevista para a próxima semana. Respondi agradecendo, mas informei que a data era impossível, pois eu residia em outro estado, mas que, talvez, em outro momento, eu poderia retomar o contato para agendarmos novamente, o que não aconteceu.

As tentativas de obter outras informações sobre as ações governamentais não cessaram durante o seminário. Fiz contato com Yara, do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, na tentativa de agendar uma conversa; das inúmeras ligações realizadas, nenhuma foi atendida. Já havia feito uma tentativa de conversa em outubro de 2009, em Recife, no seminário Saúde Lésbica no SUS, promovido pelo Departamento em conjunto com SOS Corpo e Luas, mas Yara não compareceu no jantar que havíamos combinado para conversarmos.

Tentei agendar com outra pessoa do MS, uma técnica da ATSM que conhecemos na mesa do bar onde encontramos com Lidiane Gonçalves. Conversamos um pouco sobre a pesquisa, ela se mostrou interessada no tema e anotou meu número de telefone, porém não obtive retorno.

Diante das dificuldades apontadas aqui, tenho que concordar com Simone Silva, quando, no bar, aguardando a disponibilidade de Lidiane Gonçalves, nos disse que infelizmente as entrevistas não são prioridades nas agendas delas. Por outro lado, sua fala contradiz os planos de ações governamentais sobre saúde voltadas às lésbicas, que, ao menos no papel, consideram as pesquisas uma demanda da sociedade civil e uma necessidade a ser implementada pelos governos.

Gostaria de destacar o comprometimento pessoal dessas mulheres que aceitaram conversar comigo, principalmente Lidiane Gonçalves, que, em sua trajetória, passa pela academia, movimentos sociais feministas e, mais recentemente governo, e

esteve atenta às demandas das mulheres e se mostrou disposta a pautar o tema da lesbianidade nas reuniões inter- e intraministerial.

Por fim, todos os percalços aqui relatados podem nos dar indícios da dificuldade que é trabalhar com tema da saúde voltada às lésbicas nos espaços governamentais, de movimentos sociais de lésbicas e da academia. As resistências, as inseguranças, as limitações, os desinteresses, a forma displicente e informal de falar sobre o tema nos remetem aos desafios e à necessidade de discutir um tema, ainda em construção, insistentemente e sem medos.

Apêndice C: Como as lésbicas aparecem, nos documentos de domínio público, quanto à saúde, nos movimentos feministas e lésbicos

DOCUMENTO	ANO	MODELO ATENÇÃO		APRIMORAMENTO DA ATENÇÃO		PROBLEMAS	
				CAPACITAÇÃO PARA AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	INFORMAÇÕES, ESTUDOS E PESQUISAS	REVELAÇÃO DA IDENTIDADE OU PRÁTICA SEXUAL	HETEROSSEXUALIDADE E COMPULSÓRIA
DIREITOS QUE NÃO PODEM CALAR	2001	DST	INTEGRAL	X	X		
DOSSIÊ SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS PROMOÇÃO DA EQUIDADE E DA INTEGRALIDADE - ESTUDOS INTERNACIONAIS	2006	-	INTEGRAL			X	
DOSSIÊ SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS PROMOÇÃO DA EQUIDADE E DA INTEGRALIDADE - ESTUDOS NACIONAIS	2006	-	INTEGRAL	X	X		X
DOSSIÊ SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS PROMOÇÃO DA EQUIDADE E DA INTEGRALIDADE - INTRODUÇÃO	2006	-	INTEGRAL	X	X		X
CARTA DAS LÉSBICAS E MULHERES BISSEXUAIS	2010	-	INTEGRAL	X	X	X	

RELACIONADOS AO ACESSO			"ESPECIFICIDADES" R						
SEM CIDADANIA PLENA	PRECONCEITO / DISCRIMINAÇÃO	DIFICULDADE EM ACESSAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE	NEGAÇÃO/POUCO AUTO-CUIDADO	AGRESSORAS	CANCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO	DISTURBIO DA IMAGEM CORPORAL	DISTURBIOS ALIMENTARES	DST	HIV/AIDS
X	X	X			X			X	
	X	X			X		X	X	
	X	X		X	X	X		X	X
	X	X							
X	X	X	X					X	X

RELACIONADAS AO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA							
HEPATITES VIRAIS	OPRESSÃO DE GÊNERO	PROSTITUIÇÃO	REPRODUÇÃO	SOFRIMENTO PSÍQUICO / SAÚDE MENTAL	USO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS	USO DE SUBSTÂNCIAS LÍCITAS	VÍTIMAS DE VIOLENCIA
	X	X					X
				X	X	X	X
			X	X	X	X	X
X	X			X			X